Nr. 19. 12. maja 1935 Rok XIV.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

## WYKŁADY KLINICZNE.

Doc. Dr. Henryk SOCHAŃSKI. Lwów.

### Tarczyca, jako łącznik człowieka z przyrodą.

Nigdy nie zapomnę wrażenia, jakie na mnie wywarło przed laty zachowanie się jednej z chorych na obrzęk śluzowaty.

Kobieta młoda, dobrze rozwinięta, trochę blada, jakby obrzękła, skóra chłodna, oddechy prawidłowe, tętno wolne, miernie napięte, w narządach wewnętrznych zmian niema, ciepłota subnormalna. Wszystko zresztą, z wyjątkiem niewyczuwalnej tarczycy, omal że prawidłowe. Twarz bez wyrazu, oczy przymknięte. Nie mówi, nie upomina się o jedzenie i napój. Jest jakby w półśnie. Kał i mocz oddaje pod siebie. W moczu niema patologicznych składników. Przemiana podstawowa w szereg dni potem — 60. Wszelkie usiłowania porozumienia się w pierwszym dniu niemożliwe. W pokoju, w którym chora leży, słychać tylko miarowy oddech, żadnego zresztą innego objawu życia. Znałem chorą dawniej, za czasów zdrowia. Uosobienie życia. Pełna humoru. Zalotna. Bardzo inteligentna. Muzykalna, pięknie grająca na fortepianie, z czuciem i zrozumieniem. I wtedy przekonałem się, czemto dla człowieka jest tarczyca. Jest ona tem, co z automatu, puszczonego w ruch przez inne inkrety — robi człowieka. Podawanie preparatów tarczycowych w krótkim czasie poprawiło stan chorej i wróciło wszystkie dawne jej cechy i dawny wygląd. Miesiączka, która znikła zupełnie w czasie choroby, powróciła i stała się prawidłową w granicach normy.

* * *

Tarczyca jest gruczołem, który „wegetację" ustroju ludzkiego zmienia w życie uświadomione, gruczołem, który ujawnia nietylko czynnik somatyczny, jak inne, ale także czynnik płciowy i psychiczny. Płciowość bez tyreogenicznego erotyzmu jest automatyzmem, bez tarczycy niema zdolności i niema imponujących wyników pracy ludzkiego ducha.

I teraz rodzi się pytanie, czy tarczyca nie jest tylko tem, co powoduje związek człowieka z przyrodą, koniecznym załącznikiem (kontaktem), a właściwe motory tego są poza nim.

Należy się nad tem zastanowić, zaczynając naturalnie wywody od istot najniższych i stopniowo przechodząc do coraz wyższych. a wreszcie i do człowieka.

Bardzo proszę Czytelników uważać to, co nastąpi, za krótkie naszkicowanie przyszłości w nauce o życiu i innych zagadnieniach. Z mglistych konturów wyłaniają się już dziś zarysy wspaniałego gmachu, olbrzymie jego części są jeszcze w mgle, wyczuwane teraz tylko przez intuicję, choć już bardzo dawno istniały w t. zw. fantastycznych wizjach niektórych przenikliwych autorów i sprawdziły się poczęści zupełnie dokładnie. Tylko to się nie sprawdziło, czego jeszcze nie znamy. Tak zwana „fantazja" niektórych badaczy nie jest zwykłą fantazją, ale niezwykłą zdolnością takiego łączenia zjawisk, że z ominięciem wielu niewiadomych dochodzą do celu. Inni potrzebują do tego tylu badań, że za kilkaset lat nie doszliby jeszcze do tego. To jest taki sam „węch", jak t. zw. „węch" diagnostyczny, t. j. poprostu wielki talent rozpoznawczy. Lekarz-diagnosta nie myśli długo, on za chwilkę wie, że obraz patologiczny jest taki a taki, natychmiast dochodzi do niego i nie daje się niczem zmylić.

Otóż rozprawka ta jest szkicem wszystkiego tego, co w nauce o życiu i innych zagadnieniach zrobiono, co się intuicyjnie wyczuwa i, co jest jeszcze zbyt dalekie, by o niem dziś mówić.

Odcięcie ustroju od zewnętrznych bodźców somatycznych jest jego śmiercią. A ileż z tego łączy się z obecnością tarczycy, tego nawet dziś ogarnąć nie można.

## I.

Wiadomo, że pierwotniaki są jednokomórkowemi tworami, które w jednej komórce mają reprezentowane wszystko. Funkcje ruchu, krążenia, trawienia, przemiany materji, wydzielania, wydalenia i różne czynności nerwowe — wszystko to mieści się w tej komórce. Jeżeli rozważyć dokładnie, to komórka ta tylko pozornie jest całością. Pierwotniak dzieli się długo, dając liczne nowe osobne komórki, aż wreszcie nastaje wyczerpanie, po którem musi przyjść zapłodnienie, a dopiero po niem nastąpić może dalsze wytwarzanie komórek. Wszystkie pomiędzy jednem a drugiem zapłodnieniem — to komórki, należące do tego samego „ustroju", którego składowe rozbiegły się na wszystkie strony. Dlaczego się to stało? Bo każda posiada w równej mierze wszystko, może żyć dla siebie i być niezależną od innych. Najniższe tkankowce mają komórki bardzo wielostronnie „utalentowane", im wyższe różniczkowanie, tem mniejsza samodzielność komórek.

Ustrój ludzki — to olbrzymi zbiór daleko zróżnicowanych „specjalistów". którzy w sumie robią to, co jednokomórkowe pierwotniaki, ale robią to niesłychanie dokładnie, a najwyższe składowe ustroju ludzkiego, komórki kory mózgowej, mieszkające w osobnych apartamentach, jakiemi są przestrzenie limfatyczne okołokomórkowe, żywione przez służące im komórki glejowe, są już czynnościowo „nadkomórkami", zdolnemi do czynności psychicznych, o których „nie śniło się" ich protoplastom. Komórka kory mózgowej jest zupełnie niezaradna, odosobniona od innych ginie natychmiast, ale właśnie dlatego, że nie zużywa się na wszystkie czynności, dochodzi w swej „specjalności" do zawrotnych wyżyn.

Ustrój ludzki nie jest niczem innem, jak zespołem, odpowiadającym czynnościowo komórce samoistnej. Życie ustroju ma określenie to samo, co życie komórki. Zrodziło go promieniowanie, które do ziemi dochodzi, a które, prócz tlenu, konieczne jest dla jego istnienia. Tak przedstawia się pierwsza z sił, siła somatyczna. Ośrodki przyswajające i układ wkrewno-wegetatywny — to droga, którą ta siła działa na komórki. U istot jednokomórkowych działanie jest bezpośrednie.

Komórka lub ustrój bez tlenu zrywa związek z promieniowaniem kosmosu, umiera. Tlen konieczny jest na ziemi dla tego zetknięcia. Niedopuszczenie do ustroju promieniowania słońca sczasem może zabić mimo obecności tlenu. Usiłowane odcięcie reszty promieniowania wywiera wpływ wyraźny na życie, mimo istnienia dwóch poprzednich warunków, choć dokładne odosobnienie jest mniej lub więcej problematyczne, a nawet niemożliwe. Życie somatyczne zależy więc od szeregu czynników.

Przejdźmy krytycznie wszystkie główne warunki życia. T l e n jest bezwzględnie potrzebny, ale sposób, w jaki dany ustrój go pobiera, jest bardzo różny, nieraz taki, że zdaje się, że ustrój jednokomórkowy nie potrzebuje tlenu, a nawet go się „boi". Są bakterje, które utleniają, jakby tlen im był niepotrzebny, zbyteczny. A jednak tak nie jest. Wszystkie żywe istoty potrzebują go koniecznie. Nawet drobnoustroje, które wolny tlen zabija, biorą go ze związków zawierających tlen, wydzielając nieraz zato redukujący wodór. Jeżeli taka komórka ma w sobie wodę, a ma ją zawsze, może ją rozłożyć na wodór i tlen, wodór wydzielić i redukować nim, a tlen użyć dla siebie. Są różne drobnoustroje, które mogą żyć na czysto mineralnem podłożu (woda, węglany, chlorki, azotany, siarkany, fosforany, krzemionka) i niebrak im niczego, mają węgiel, wodór, tlen, azot, fosfor, siarkę, chlor, krzem, potasowce, wapń, magn i in. Mają więc tlen także, a przyrządzić go do oddychania komórki jest rzeczą jej enzymów. I jeżeli zbadać, co te ostatnie bakterje w sobie zawierają, to okaże się, że zawierają te same składniki, co człowiek, smakosz, zjadający najwykwintniejsze potrawy na świeżem powietrzu. Białko, tłuszcz, węglowodany, sole mineralne, wodę i kilka innych związków. Życie dąży zawsze do tego samego celu.

P r o m i e n i o w a n i a s ł o ń c a potrzebują rośliny, zawierające chlorofil, i większość świata zwierzęcego. Potrzebuje go ustrój ludzki. Rośliny, zawierające chlorofil, potrzebują słońca, aby przyswajać węgiel w myśl wzoru

$$(CO_2)_6 + (H_2O)_6 = (CH_2O)_6 + (O_2)_6$$

Jest to zasadniczy proces w przyrodzie. Człowiek i zwierzęta potrzebują promieni słońca przedewszystkiem dla fabrykacji barwika krwi. Ale, czy tylko do tego? Badania współczesne coraz bardziej rozszerzają zakres wiadomości w tym względzie. Są jednak istoty nigdy niewidzące słońca, którym ono nie jest po-

trzebne, ba! nawet im szkodzi i zabija je. A jednak żyją. Świat głębinowy i pewne bakterje są tego przykładem. Ryby głębinowe zjadają inne ryby, te znowu inne, wreszcie dochodzi się do istot, które żyją strawą pochodzenia roślinnego i w ten sposób nawiązuje się kontakt z oświetlonym słońcem światem roślinnym. Są jednak drobnoustroje, które żyją jedynie na podłożu mineralnem, nie potrzebują tlenu powietrza, bo mają go w solach mineralnych i utleniają nim podłoże, nie potrzebują wcale słonecznego światła. Wystarczy im ciemność. a żyją, zawierają w sobie wodę, białko, tłuszcz, węglowodany i substancje mineralne. Skąd wzięły się tak kunsztowne enzymy, które takich dokonują cudów. Słońce nie powołało ich chyba do życia, ale, zdaje się, coś innego. Ponoś w przestrzeniach międzygwiazdowych unoszą się zarodniki tych prabakteryj, które wyrastają na mineralnych podłożach i zasiewają życie. Tak mówi przynajmniej słynna teorja panspermji.

Teraz więcej znajduje uznania promieniowanie kosmiczne, które wzbudza życie, a w nadmiarze je gasi. Przemawia za tem to, że w okresach, w których atmosfera ziemi była gęstsza i nie przepuszczała tego promieniowania w tym stopniu, co teraz, świat zwierzęcy był potworny, olbrzymi, mniejsza jeszcze dawka promieni kosmicznych, co teraz, działa widocznie wybitnie pobudzająco. Stwierdzono to już doświadczalnie. W miarę rzednienia atmosfery, ilość promieni kosmicznych będzie coraz większa, co wywrze odpowiedni skutek. Z „promieni życia" zrobią się one za biljony lat promieniami śmierci, jakiemi są teraz w przestrzeniach międzygwiazdowych. Jest to to samo prawo, które w małych dawkach każe promieniowaniom działać biegunowo przeciwnie, jak w dawkach wielkich. Promieniowanie kosmiczne obejmuje 2 oktawy i coraz dokładniej jest badane. Prócz nich odkryto promienie o długości fali tak drobnej i przenikliwości tak wielkiej, iż jest podobno możliwe, że przenikają całą ziemię. P r o m i e n i o w a n i e b a r d z o p r z e n i k l i w e j e s t t ą s i ł ą, k t ó r a k i e r u j e ż y c i e m s o m a t y c z n e m, o ile powstaną korzystne dla życia warunki (odpowiednia wilgotność, tlen, ciepłota, naświetlanie i odpowiednie składniki chemiczne). Chemizm wyższych organizmów i człowieka ma dwa poddziały, *parasympaticus* jest asymilacyjny, *sympaticus* dysymilacyjny. Pierwsza część układu wegetatywnego idzie „ przeciw prądowi" bezwładnego chemizmu, druga w kierunku tego prądu i zaopatruje pierwszy swą surową siłą.

Inkrety, zwłaszcza inkret tarczycy, pobudzają jeden, drugi lub obydwa systemy [1]), inne je hamują i stanowią z układem wegetatywnym całość pośredniczącą między komórką a wyższemi ośrodkami. jak ośrodki przyswajania główne w międzymóżdżu, ośrodki płciowe w *corpora mamillaria* i ośrodki asocjacyjne najwyższe, zwłaszcza przedni. w korze mózgowej, te zaś połączone są z ustrojem i ze sobą drogami asocjacyjnemi, dośrodkowemi „czuciowo-zmysłowemi" i drogami ruchowemi, a „reszta świata" drogą promienną, komórka ludzka ma kontakt z całym światem. Przemiana materji z główną centralą wątrobą „wie o wszystkiem" i dostosowuje się do tego. Stwarzają się warunki zdrowia, odporności i tężyzny.

II.

Wróćmy do istot jednokomórkowych. Po dłuższym czasie podziału komórkowego i swobodnego życia, nastaje jakby wyczerpanie. Pojawiają się twory inne, płciowe. Męskie rozpadają się na komórki ruchliwe, wężykowate plemniki, żeńskie są nieruchawe i pozostają w całości. Nastaje zapłodnienie. Jeden plemnik wnika w komórkę żeńską. Wynik jego otarbia się, dzieli się zwykle na kilka komórek, powstaje nawet z niby moruli, jakby blastula, lub tylko dochodzi proces do pseudomoruli — i cały twór rozbiega się; każda komórka jest znów samodzielna, żyje i dzieli się żywo na komórki wtórne, prędzej, jak dawniej przed zapłodnieniem. Cóż się tu stało?

Do szarego życia, wypełnionego jedynie walką o byt, odżywianiem się, unikaniem niebezpieczeństw, wtargnęło coś nowego. Wytworzyły się komórki płciowe, mające po połowie cech dziedzicznych, ale te są narazie w spoczynku. Komórki płciowe żyją jedynie na to, by się połączyć, by osobnik męski złączył się z żeńskim. To gwałtowne i niczem niedające się pokonać dążenie, to zupełne wyrzeczenie się wszystkiego, by tylko dopiąć ostatecznego celu, jest wielce interesującem. Kiedy cel zostanie osiągnięty, młode okresy przebyte — wraca znów szarzyzna walki o byt. U tkankowców jest pozornie odmiennie, ale w istocie podobnie. Tu jednostką jest zrzeszenie komórek a nie jedna komórka. U stułbi np. tworzy się po zapłodnieniu morula, blastula i gastrula, która pozostaje całe życie. Zwierzątko można posiekać a. o ile są w tych strzępkach komórki endo- i ektodermy, odrasta całość z każdego strzępka. Stułbia może mnożyć się przez pączkowanie. Co to jednak wszystko jest? Siła jej osobniczego życia. U starej stułbi jest ona coraz mniejsza. Jedynem zabezpieczeniem gatunku przed zagładą jest zapłodnienie. I znowu tworzą się komórki płciowe, nastaje zapłodnienie, wytwarzają się istoty bogate w siłę życia. Idąc wyżej. widzimy coraz większe zróżnicowanie komórek aż u najwyższych tworów. t. j. ludzi, są już niektóre tkanki o słabej zdolności odradzania, ale o szczytowej wartości.

Jest to system nerwowy, a zwłaszcza najwyższe ośrodki asocjacyjne mózgu. Przyroda ma jedyną możność odnowienia, przebudowania całości, a jest niem znowu zapłodnienie i wytwarzanie ustrojów nowych, młodych, zasobnych w siłę życia. Całe zjawisko jest u człowieka bardzo efektowne. To, co u pierwotniaków jest działaniem bezpośredniem, to odbywa się u człowieka i wyższych istot przy pomocy układu nerwowego. U człowieka bierze wybitny udział i psyche. Ze swej strony ludzkie życie psychiczne dużo korzysta ze sfery płciowej. Muzyka, inne sztuki piękne, twórczość poetycka i wogóle twórczość, ma ważki kontakt z dziedziną płciową, mimo bardzo różnego do niej ustosunkowania. Miałem sposobność omówienia tego zagadnienia w artykule o muzach.

Powiedziałem poprzednio, że to, co u pierwotniaków jest działaniem bezpośredniem, jest u człowieka owocem działania na system nerwowy, a dopiero tego na komórki płciowe. Ośrodki płciowe leżą w międzymóżdżu *(corpora mamillaria* i sąsiedztwo), blisko ośrodków przemiany materji, blisko centrali wewnętrznego wydzielania, t. j. przysadki mózgowej, ślącej sygnały, zwłaszcza tyreotropowe, w sąsiedztwie głównych ośrodków wegetatywnych. Dziś nie ulega wątpliwości, że na te ośrodki płciowe centralne działa także energja promienna, gdyż w latach, w których u niższych zwierząt jest mała płodność, zarówno i wyższe wykazują wybitnie to zjawisko, jest ono więc ogólnej przyrody. Lata, w których w promieniach słońca jest za dużo promieni krótkofalistych, są niepłodne. To jest fakt. Zdaje się więc, że promienie niezbyt krótkofaliste są najważniejszemi, o ile chodzi o działanie na centralne ośrodki nerwowe, zawiadujące sferą płciową.

Jest niezmiernie godne uwagi. że zwykle życie istot ziemskich nie ulega w latach niepłodnych większym zaburzeniom wprost, ba nawet niekiedy jest bardzo żywe, np. bezpłciowe rozmnażanie u drobnoustrojów, co dopiero wtórnie może być zabójcze dla ustrojów wyższych. Sprawność płciowa i tylko płciowa, natomiast spada zwłaszcza wybitnie u istot wyżej uorganizowanych, ale nie u człowieka.

III.

Przechodzę do sfery psychicznej. Jeżeli ktoś ma np. radjoaparat, który „gra" połączony przez kontakt z siecią miejską w mieście, mającem stację nadawczą, to kiedy prąd miejski przerwie się, nie słyszy nic, aparat jego jest niemy. Jeżeli ma jednak aparat z anteną, amplifikatorem i baterjami elektrycznemi, słyszy wszystkie inne stacje, nawet bardzo dalekie, a gdy przerwa prądu w danem mieście zniknie, usłyszy stację tego samego miasta.

Pierwszy radjoaparat to mózg zwierząt, drugi to mózg ludzi o wyższej psychice, zostający pod wpływem tarczycy. Mowa tu o ludziach, mających psychikę wyższą, nie o zwykłych śmiertelnikach. Ludzie mają mózg, który ich łączy z całym światem. Nowsze badania wykazały, że t. zw. instynkt jest kierowany drogą promienną, że więc zwierzęta mają mózg czuły na fale — że jednak zasięg ludzkiego mózgu jest bez porównania większy, szerszy i znacznie więcej uświadomiony. Kto wie, czy bardzo długie fale elektryczne nie wywołują u niektórych w mózgu poczucia tonów o tej samej ilości drgań, co drgania gazów, cieczy, lub ciał stałych, i czy tą drogą nie dochodzi do ich mózgu potężna muzyka kosmosu. Brzmi to fantastycznie, ale ileż „fantazji" jest już faktem. Jeżeli muzyka jest życiem woli [2]) i części

[1]) System współczulny i przywspółczulny jest dowodem podkreślanej przez J. M a r z e c k i e g o dwoistości podłoża. Tak, jak są promienie o naturze korpuskularnej i falowej, jak jest energja dodatnia i ujemna, jak istnieje jonizacja ujemna i dodatnia, tak istnieje funkcja wegetatywna współczulna i przywspółczulna. Katabolizm i anabolizm, afekty pobudzające i ubezwładniające, nastrój pogodny i ponury, siła woli i abulja, dobroć i złość, wszystko to dowody dwoistości podłoża fizycznego, energetycznego, wegetatywnego, chemicznego i psychicznego. Że to wszystko jest ze sobą jakoś związane, nie ulega wątpliwości.

[2]) S c h o p e n h a u e r.

woli świata[3]) możnaby pochodzenie kosmiczne muzyki[4]) uważać za prawdopodobne, choć dziś jeszcze „fantastyczne". Fale elektryczne krótsze i krótkie mogą być przenosicielami innych wiadomości z ziemi i z poza niej.

Był ponoś jeden osobnik, który słyszał wszystkie audycje radjowe, choć był w mieszkaniu dalekiem od aparatów; słyszał on fale jakby już wyprostowane i zsumowane. Czy wobec tego nie jest wszystko możliwe. Muzyka, która porywa, oszałamia, zachwyca, jest tworem, którego pozaziemskie pochodzenie nie wydaje się jego wielbicielom niemożliwem, ale dziś jeszcze jest „fantastycznem". Muzyka — to wiemy napewne — jest czynnikiem, który u muzycznie czułego człowieka ma ważny wpływ i na całą sferę płciową[5]) i pozwala się inaczej na nią zapatrywać, jak u innych istot żyjących na ziemi. U człowieka płciowość jest tak zależną od mózgu, że niekiedy krzywa wahań jej nasilenia nie daje tak jasnych obrazów, jak u reszty istot żywych, zwłaszcza u niższych ssaków. Ośrodki płciowe główne u człowieka mają tak ścisły kontakt z korą mózgową, że stanowią całość nierozerwalną.

## IV.

Najmniejszym składnikiem histologiczno-biologicznym ustroju ludzkiego jest komórka. Ale komórka, to olbrzym wobec elektronu a ten wobec hipotetycznej jednostki życia. Znana hipoteza Artura M e y e r a przyjmuje, że prócz ciał ergastycznych (jak np. mitochondrja) są w komórkach witulemy złożone z jednostek życia mionów, 2000 razy mniejszych od elektronu. Są to ponoś najmniejsze produkty rozpadu materji. Jeżeli to możliwe, to można pomyśleć też o znikomych nieskończenie od nich mniejszych promaterjalnych odłamkach, które wreszcie „rozpływają się" w strumieniach energji. Dzisiejsze badania wykazują różne fale eteru[6]). Bardzo długie, odpowiadające ilości drgań tak niewielkiej, że można je przyrównać do drgań powietrza odpowiadających zjawiskom akustycznym[7]), fale elektryczne (30 km do 0.3 mm), cieplne (314—0.8 $\mu$), świetlne[8]) (0.8—0.4 $\mu$), chemiczne (0.4—0.015 $\mu$), bardzo krótkie, jak promienie H o l w e c k a, R o e n t g e n a, radu, i wreszcie promienie kosmiczne ($2.10^{-8}\ \mu$). Na tem nie koniec. Promienie Alfonsa B e r g e t a i A. N o d o n a są od nich jeszcze krótsze. Długość pierwszych wynosi $10^{-9}$ — $10^{-12}\ \mu$, drugich znacznie mniej. N o d o n podaje ich długość na $10^{-57}\ \mu$. Trudno to sobie wyobrazić. Fale długie na setki i tysiące km, a z drugiej strony fale o długości $10^{-12}\ \mu$ i niżej — to skala tak przerażającej rozpiętości, że w jej ramach „możliwe jest wszystko", jak wyraża się d'A r s o n v a l, uczeń Cl. B e r n a r d a i B r o w n-S e q u a r d a, w przedmowie do poczytnej książki G. L a k h o v s k y'e g o *„Le secret de la vie"*, gdzie autor dochodzi do przekonania, że „życie powstało z drgań, jest przez nie podtrzymywane i ginie z jego zaburzeń". W stronę rzeczy bardzo wielkich i rzeczy bardzo małych jest droga otwarta i nigdzie niema końca. Nie znamy całego wszechświata, ale nie znamy zupełnie rzeczy najmniejszych, w jednym i drugim kierunku jest tajemnica. Poznaliśmy w medycynie drogę od komórki i jej chemji, przez układ wkrewnowegetatywny do ośrodków najwyższych (asocjacyjnych płciowych, psychicznych); na wszystko, co nieskończenie wyższe od ośrodków, nie zwraca się uwagi. A jest niem cała przyroda. A przecież dzięki tarczycy i jej hormonom, istnieje większość wartościowego kontaktu z przyrodą warunkującą płciowość i czynności psychiczne. Całkowite wyłączenie człowieka z kontaktu z przyrodą, to śmierć somatyczna, nieczynność płciowa i psychiczna, przyczem rozstrzyga pierwsza zależna od sumy gruczołów wkrewnych. Może istnieć nieczynność płciowa i psychiczna (w ostatnim razie człowiek nie jest już właściwie człowiekiem), nie może być ani chwili nieczynności somatycznej, choćby beztarczycowego automatu, bo zaraz nastaje śmierć. Tu znowu ma rozstrzygające znaczenie nadnercze w symbiozie z resztą układu wkrewnego. Ustrój ludzki jest, jak na swe rozmiary, stosunkowo dosyć obszerną drogą, którą kroczy przez małą chwileczkę znikoma cząsteczka energji kosmosu, maleńka część jego woli i mądrości.

* * *

Warunkiem życia jest, według J. M a r z e c k i e g o, jonizacja ustroju. Twierdzenie M a r z e c k i e g o, że tę jonizację wywołują promienie kosmiczne trafia bardzo do przekonania. Sądzę, że prócz promieni kosmicznych bierze udział cała masa innych w życiu człowieka, a zadaniem lekarza jest ułatwienie im drogi w ustroju, usuwanie oporów i przeszkód i możliwie jaknajdłuższe utrzymanie kontaktu człowieka z kosmosem, bo zerwanie z nim jest kresem jego istnienia.

* * *

Ustrój ma 2 kontakty z przyrodą i wogóle ze światem. U zwierząt najwyższych jest jeden kontakt przez tarczycę a drugi przez resztę gruczołów dokrewnych, u człowieka, jeden potrzebny dla życia, t. j. dla oddychania, krążenia, dla pobierania pokarmów pędzących ustrój swą energją i t. d., ale sam dający człowiekowi marną, głupią i zwykle krótką wegetację, reprezentowany przez zespół gruczołów, wyjąwszy tarczycę, a drugi przez gruczoł tarczowy „uzupełniający" ustrój ludzki do jego istotnej wartości. Im bardziej wyższy organizm zwierzęcy jest upośledzony, tem mniejsza jest wartość tarczycy w stosunku do reszty gruczołów wkrewnych — a przysadka mózgowa, inkretoryczna centrala, może łatwiej wyrównać niedomogę tarczycową; u człowieka gruczoł tarczowy stanowi większość inkretorycznej wartości ustroju i, gdy go niema, nie pomoże podpędzanie go tyreotropowemi sygnałami z przysadki. Czem może stać się człowiek pozbawiony działania tarczycy, podałem z początku pracy, widziałem to zresztą tyle razy i przyznam się, że nigdy nie uwierzę, żeby coś mogło hormony tarczycy skutecznie zastąpić, natomiast gruczoł ten może zastępczo zdziałać bardzo wiele. Są gruczoły, które dopiero wobec tarczycy okazują swe działanie na psychikę człowieka. Twardy, z żelazną wolą, mądry, wytrwały „nadnerczowiec" i poważny „przysadkowiec", stają się tępymi, gdy im zabrać tarczycę — nadnercze i przysadka same są niezdolne do wpływu psychicznego, łącznie z tarczycą wywierają skutek niekiedy imponujący. Sfera płciowa ze słabszą tarczycą daje automaty płciowe, ze silniejszą zaś osobniki erotyczne, o tem bardziej powikłanym erotyzmie, im silniejszą jest tarczyca. Bardzo rozwinięta tarczyca może przy niewydolnych gruczołach płciowych wywołać tak wielki erotyzm, że przez pobudzenie gruczołów płciowych może wymusić ich sprawność. Czy właściwe tarczycy cechy psychiczne: afektywność, miękkość, wrażliwość, uczuciowość, zdolności artystyczne, pomysłowość dadzą się przez jakiś gruczoł wkrewny zastąpić? Nie. Niezwykle zdolne dzieci z niewydolną szyszynką mają uwolnioną od hamujących wpływów przysadkę mózgową, która produkuje dużo hormonu tyreotropowego, a ten wywołuje nadczynność tarczycy. Bez tarczycy byłyby idjotami, z przedwcześnie rozwiniętemi genitaljami. A ludzie genjalni? Są to ludzie, z niezwykle rozwiniętym mózgiem i wpływem tarczycy, skierowanym przeważnie w stronę intelektualną.

Utrata tarczycy byłaby końcem ich genjalności. Rozłączyłby się kontakt ich psychiczny ze światem.

---

3) F. G. S c h a e f e r.

4) Określenie muzyki jest bardzo trudne. Idea widziana ze strony realnej (S c h e l l i n g), sztuka uczucia (H e g e l), odzwierciedlenie życia woli (S c h o p e n h a u e r), forma (H a n s l i c k), pramowa (H a u s e g g e r) wkońcu i definicja przyrodnicza muzyki (R i e m a n n) i i. K u r t h twierdzi, że siła twórcza jest podświadomą wolą. R i b o t mówi o wyładowaniu uczucia i woli, niezależnie od intelektu. Sławny kompozytor M. R o g o w s k i twierdzi, że kompozytor czuje w swej duszy nową treść, rozpłomieniającą tak jak młodość i miłość. Muzyka jest wedle R o g o w s k i e g o o d b i c i e m wszechświata, nieskończoności w duszy ludzkiej, żywem słowem przyrody wyrosłem z ducha twórczego. (Muzyka przyszłości. 1922).

5) Dokładną charakterystykę akustyczną i muzyczną t. zw. „płciowości" w muzyce podałem w dwóch pracach mych ogłoszonych w roku 1926 i 1932. Swoiste „przyprawy" muzyczne są w stanie z każdego utworu muzycznego zrobić rzecz o silnem działaniu seksualnem. Muzyka, działająca na sferę płciową, tkwi w modyfikacjach rytmu, specjalnej formie dyskretnie używanych dysonansów, częstem używaniu pewnych tonacyj, interwałów i specjalnem „igraniu" fragmentami melodji, wywoływaniu muzycznego „niedosytu" i t. d. Nie jest to właściwa muzyka, bo każdy utwór silny seksualnie można bardzo łatwo zamienić na „bezpłciowy" i naodwrót.

6) Zapatrywania na eter kosmiczny są bardzo rozmaite.

7) Ta dziedzina jest jeszcze niedokładnie poznana. Należą tu oscylacje powstające przy wyładowaniach butelki lejdejskiej. Zbadano fale do 1000 km długości. Przypuszczają, iż istnieją fale wielekroć dłuższe, odpowiadające kilkuset, kilkadziesiąt i mniej drgnieniom na sekundę. Będzie to zapewne przedmiotem dalszych badań.

8) Widzialność szybkości światła z odległości 2000 lat świetlnych stała się faktem. Z tej szalonej odległości, w jakiej była Nowa Perseusza, było to wyraźnie widoczne. Jasność powoli oddalała się od słabo już świecącej gwiazdy. Była to szybkość światła widzialna z tej odległości jako powolny ruch.

Widzimy z tego, że gruczoł tarczowy jest czynnikiem, który nawiązuje świadomy kontakt człowieka z całym światem i tem samem nadaje wartość jego nieświadomemu życiu, uwarunkowanemu także przez resztę inkretów (inkret nadnercza i i.). Ożywia on także funkcje płciowe. Jest on najbardziej dla istoty człowieka wartościowym gruczołem wkrewnym, ważnym łącznikiem człowieka z przyrodą.

---

## PRACE ORYGINALNE.

Dr. J. KOWALCZYKOWA. Kraków.
Asyst. Zakł. Anatomii Patol. U. J.

### Wywoływanie nowotworów promieniami słońca.

Chorobotwórcze działanie promieni słonecznych na skórę nieosłoniętą u ludzi było oddawna znanem zjawiskiem (skóra marynarzy, *xeroderma pigmentosum, keratoma senile),* jednak dopiero w ostatnich czasach powiodło się doświadczalne wywołanie nowotworów złośliwych przez naświetlanie promieniami słonecznemi. Doświadczenia te, które Roffo przeprowadzał (w *Buenos Aires)* na szczurach są tem więcej interesujące, że zostały z nich wyłączone wszelkie inne uboczne czynniki drażniące, które mogłyby odgrywać rolę w powstawaniu nowotworu. Sześćset szczurów poddawał Roffo działaniu słońca w ciągu pięciu godzin dziennie, przeciętnie przez przeciąg około jednego roku. Ze względu na dużą wrażliwość gryzoniów na wpływ promieni cieplnych zwierzęta były stopniowo przyzwyczajane do naświetlania, pozatem nie przeprowadzano doświadczeń w godzinach silnego nasłonecznienia, w miesiącach letnich pomiędzy godziną 11 a 15. Już z końcem trzeciego miesiąca trwania doświadczeń w miejscach słabo owłosionych zaczynały się pojawiać zmiany chorobowe w postaci nadmiernego rogowacenia *(hyperkeratosis),* z wyraźnemi zmianami zapalnemi w sąsiedztwie, następnie guzki, które w ciągu 7—8 miesiąca trwania doświadczenia ulegały zrakowaceniu. Niektóre z guzów nowotworowych np. na uszach dochodziły do wielkości głowy zwierzęcia, zaś pomiędzy 10 a 12 miesiącem trwania doświadczenia zwierzęta padały wśród objawów charłactwa nowotworowego, z przerzutami w gruczołach chłonnych szyjnych. Drobnowidowo Roffo znajdował raki płaskokomórkowe z wyraźnem rogowaceniem, mięsaki wrzecionowatokomórkowe, oraz kilka mięsakoraków. W przypadkach rozwoju mięsaków nie zaznaczało się nadmierne rogowacenie, a powstałe guzki rosły szybciej niż guzki rakowe. Wskutek szkodliwego działania promieni słonecznych w pierwszych dniach doświadczeń padło 365 zwierząt, z pozostałych przy życiu szczurów u 165 rozwinęły się nowotwory. Największa ilość nowotworów powstała na uszach (raki i mięsaki), znacznie mniejsza na spojówkach oczu (tylko mięsaki), nowotwory o innem usadowieniu: nos, łapki i kark (przeważnie raki) stanowią niewielki odsetek przypadków.

Roffo tłumaczy powstawanie nowotworów pod wpływem promieni słonecznych zmianami biochemicznemi w tkance naświetlanej, a mianowicie łączy to powstawanie w związek przyczynowy z miejscowem wzmożeniem ilości cholesteryny, która jest substancją „energetyczną, fotoaktywną i heljotropową". Dla oceny, która część promieni słonecznych posiada własności rakotwórcze, stosował Roffo pochłanianie pewnych części promieni słonecznych przez filtry jużto ze szkła przejrzystego, jużto barwnego. Okazało się, że jedynie promienie pozafiołkowe posiadają zdolność wywoływania nowotworów. Spostrzeżenie to jest zgodne z dalszą częścią doświadczeń, w których autor używał sztucznych źródeł światła (lampa rtęciowa szklanna i kwarcowa, lampy neonowe, żarówki o sile 2 tysięcy świec, i fale krótkie Hertza). Z doświadczeń tych wynika, że rzeczywiście tylko promienie pozafiołkowe posiadają zdolności rakotwórcze.

Co do wywoływania nowotworów przez naświetlanie promieniami pozafiołkowemi istnieją w piśmiennictwie nieliczne, bardzo godne uwagi spostrzeżenia. Na ostatnim zjeździe patologów niemieckich w Rostocku, w roku 1934, Wahlgren przedstawił przypadki raków płaskokomórkowych u myszy białych. Nowotwory te powstały pod wpływem naświetlania lampą kwarcową z odległości 70 cm przez godzinę dziennie. Nowotwory powstawały na uszach i ogonach, drobnowidowo były to raki płaskokomórkowe i mięsaki wrzecionowatokomórkowe. Zwierzęta ginęły poczynając od 184 dnia doświadczenia; przerzuty znajdował Wahlgren w sąsiadujących gruczołach chłonnych, w płucach a nawet śledzionie. Dla oceny uczulającego działania pewnych substancyj jednej grupie zwierząt dodawał Wahlgren do pożywienia cholesteryny, jednak ten dodatek cholesteryny nie wywierał żadnego wpływu. U wszystkich zwierząt naświetlanych powstawały nowotwory, u żadnego z kontrolnych, w ciągu roku spostrzegania, nie napotkał Wahlgren ani jednego nowotworu samorodnego.

Rakotwórczem działaniem promieni nadfiołkowych bez współudziału innych czynników drażniących zajmowali się pozatem Findlay, Putschar i Holtz, oraz Huldschinsky. Findlay przeprowadzał swoje doświadczenia na myszach białych, jednak stosowane w jego doświadczeniach chemiczne środki epilacyjne mogły mieć pewien wpływ na powstawanie nowotworów. W doświadczeniach Huldschinsky'ego po 10 miesięcznem naświetlaniu lampą kwarcową powstały u szczurów w gałkach ocznych mięsaki wrzecionowatokomórkowe. Putschar i Holtz przez długotrwałe naświetlanie lampą kwarcową zdołali uzyskać u szczurów raki na uszach i w niewielkim odsetku na karkach. Nowotwory rozwijały się począwszy od 27 tygodnia doświadczenia, powyżej 37 tygodnia wszystkie zwierzęta okazywały zmiany nowotworowe. Po stopniowem przyzwyczajeniu w pierwszych dniach doświadczenia, począwszy od 13 dnia były szczury naświetlane bez przerwy, w dzień i w nocy, przez 11 miesięcy. Dodatek ergosteryny naświetlanej do pożywienia nie miał żadnego wpływu na rozwój nowotworów; godnem uwagi jest spostrzeżenie tych autorów, że nowotwory powstawały bez różnicy maści zwierzęcia. Natomiast Roffo do swych doświadczeń używał tylko białych szczurów. Świnki morskie są wedle Roffo niewrażliwe na rakotwórcze działanie promieni pozafiołkowych.

Patogenetyczne działanie światła słonecznego, a raczej jego pozafiołkowej części, okazuje bardzo wiele analogji do działania innych drażniących rakotwórczych bodźców, w szczególności do działania smoły pogazowej (Ciechanowski i jego szkoła). Pod wpływem działania promieni pozafiołkowych powstaje w początkowych okresach doświadczenia przewlekły stan zapalny, wiodący do niszczenia tkanki i żywo przebiegających spraw regeneracyjnych. Prawidłowa regeneracja ulega w pewnej chwili zaburzeniu i rozpoczyna się rakowacenie. Pomimo ustania działania bodźca drażniącego regeneracja raz wytrącona z prawidłowych torów, stale wiedzie do powstawania nowotworów, pomimo usunięcia przyczyny rakotwórczej, a więc smoły czy promieni słonecznych.

Wpływ promieni pozafiołkowych na regenerację w skórze królików opracowywali już dawniej Abrikossoff i Wail. Autorowie ci w jednym przypadku uzyskali zmianę przypominającą raka podstawno-komórkowego. Ze względu jednak na to odosobnione spostrzeżenie nie wysnuli z tego żadnego wniosku co do rakotwórczego działania promieni pozafiołkowych, ograniczając się jedynie do uwagi, że działanie to wzmaga zjawiska regeneracyjne w nabłonku i wywołuje hiperplazję (przerost), lecz także może wywoływać nietypowy wzrost komórek nabłonkowych.

*Piśmiennictwo:*

A. Abrikossoff i S. Wail: Verh. der deutsch. Path. Ges. 21, 163, 1926. — S. Ciechanowski i K. Ściesiński. Rozprawy Wydz. Lek. Pol. Akad. Um. T. I. 1931. — A. M. Findlay: Lancet, 215. II. 1070, 1928, wedle Putschara. — K. Huldschinsky: Deutsche Med. Woch. I. 530. 1933. Ref. Zt. f. Krebsf. 40. 37. 1934. — A. H. Roffo: Bull. de l'assoc. franc. pour l'étude du cancer. XXIII, 6, 590, 1934. — F. Wahlgren: Verh. der deutsch. Path. Ges. 27, 102, 1934.

---

Dr. M. SEGAL. Lwów.

### Terapja krótko-falowa i wyniki stosowania w schorzeniach ginekologicznych.

Spośród licznych metod terapji fizykalnej najmłodszą gałąź stanowi terapja krótkofalowa (T. K. F.). W związku z wprowadzeniem tej metody leczniczej wyłonił się szereg zagadnień dotyczących wpływu biologicznego prądów wysokiej częstotliwości, przyczem dotychczasowe poglądy na sposób i rodzaj działania promieni K. F. są, jak stwierdza większość autorów, niejednolite i nie dają dostatecznego wytłumaczenia.

Zastosowanie w lecznictwie fal elektrycznych o coraz krótszej fali nie szło systematycznie i stopniowo jako mające na celu ulepszenie i udoskonalenie diatermji długofalowej, tylko rozwój techniki i budowa odpowiednich aparatów wytwarzających fale długości od 15 do 3 m spowodowały wprowadzenie do lecznictwa terapji krótkofalowej niezależnie od diatermji (Pätzold).

Następujące własności fizyczne cechują T. K. F. w odróżnieniu od diatermji:

| *Diatermja* | *T. K. F.* |
|---|---|
| Liczba drgań 500.000—1 milj. na sekundę | 10 milj — 100 milj na sek. |
| Długość fali 600—300 m | 15—3 m |
| Bezpośrednie doprowadzenie prądu zapomocą elektrod ściśle przylegających do powierzchni ciała. | Pomiędzy dwoma płytami kondensatora wytwarza się pole elektryczne a tkanki znajdujące się w polu elektrycznem podlegają jego działaniu. |
| Prąd przebiega na zasadzie prawa Ohma wzdłuż linji najmniejszego oporu (naczynia krwionośne). | Odmienne własności przenikania (prąd pojemnościowy); łatwość pokonania znacznych oporów skóry i tkanki podskórnej. |
| Słabsze ogrzanie tkanek źle ukrwionych. | Głębsze i intensywniejsze ogrzanie tkanek nie wyłączając tkanek źle ukrwionych (np. ropni). |
| | Pozatem swoiste wybiórcze działanie w zależności od długości fal. |

Długość fal wytwarzanych przez aparaty krótkofalowe oznaczamy w metrach; właściwa terapja krótkofalowa obejmuje fale długości od 15—3 metrów. Fale o długości mniejszej od 3 metrów zalicza się do fal ultrakrótkich. Dążenie niektórych autorów do uzyskania i możności zastosowania w lecznictwie fal krótszych od 3 metrów a nawet długości kilku cm — napotyka narazie na trudności techniczne i dlatego praktyczne zastosowanie znalazły dotychczas fale długości od 4 do 3 metrów.

Należy zaznaczyć, że obecna nomenklatura podziału fal jest dowolna: nie jest uzgodniona granica podziału fal na krótkie i ultrakrótkie. W radjotechnice zalicza się do fal ultrakrótkich fale długości poniżej 8 m (T o m b e r g). Ponieważ w przyszłości prawdopodobnie możliwem będzie operowanie corazto krótszemi falami, nie jest wykluczone, że podział ten ulegnie dalszej zmianie.

Prądy K. F. mogą być wytwarzane przez aparaty iskrowe lub lampowe. Pierwsze wytwarzają prądy „mieszane" składające się z fal różnej długości, natomiast aparaty lampowe wytwarzają prądy o pewnej jednolitej długości fali. Istnieją aparaty lampowe nastawione na jedną lub dwie lub trzy długości fali; nie posiadamy jednak dotychczas aparatów, które możnaby odpowiednio regulować i wytwarzać fale dowolnej długości.

Że długość fali nie jest obojętna i w znacznym stopniu warunkuje wynik terapeutyczny, wykazał S c h l i e p h a k e, który stwierdził, że fale w zakresie od 1—10 m działają „wybiórczo" na pewne tkanki organizmu w zależności od ich struktury koloidalnej i stopnia jonizacji. Np. przy działaniu fal długości 4 m najsilniej ulega ogrzaniu mięsień, w słabszym stopniu tkanka tłuszczowa; przy innej długości fali stosunek ten może ulec zmianie. Przy pewnych jednostkach chorobowych fale o określonej długości okazały się najbardziej korzystne. Np. wzrost grzybków promienicy zostaje pobudzony falami długości 15 m, a zahamowany falami długości 4 m (L i e b e s n y). Badania innych autorów (S c h l i e p h a k e, H a a s) wykazały, że zahamowanie wzrostu niektórych drobnoustrojów do pewnego stopnia zależy od długości fali. Fale długości 15 m hamują wzrost gronkowców, paciorkowców, prątków gruźlicy, natomiast mogą pobudzić do wzrostu niektóre grzybki *(trichophyton tonsurans, actinomyces hominis* i inne). Te spostrzeżenia dokonane *in vitro* zostały częściowo potwierdzone na materjale ludzkim.

Jakkolwiek wybiórcze działanie F. K. na pewne komórki, tkanki i drobnoustroje zostało teoretycznie stwierdzone, to jednak zastosowanie praktyczne tego spostrzeżenia napotyka na niezwykłe trudności spowodu niemożności ustalenia długości pewnych „wybiórczo" działających fal dla poszczególnych tkanek organizmu żywego (lub znajdujących się w tkankach drobnoustrojów), a tem bardziej organizmu chorego.

Wyniki lecznicze zależne są również od techniki stosowania T. K. F. W przeciwstawieniu do diatermji, gdzie prąd zostaje bezpośrednio doprowadzony zapomocą elektrod ściśle przylegających do powierzchni ciała, przy T. K. F. wytwarza się pole elektryczne pomiędzy dwiema płytami kondensatora, przyczem znaczniejsze przenikanie w głąb w polu elektrycznem osiąga się wtedy, jeżeli elektrody znajdują się w pewnej odległości. Jeżeli stosuje się elektrody izolowane (gumą, filcem) przylegające bezpośrednio do ciała, to działanie w głąb prawdopodobnie jest nieznaczne. Wtedy ogrzane zostają przeważnie skóra i tkanka podskórna, natomiast działanie cieplne na tkanki głębiej leżące jest niedostateczne, jak wykazały pomiary wykonane na zwłokach (K o w a r s c h i k). S c h l i e p h a k e wykazał, że w polu kondensatorów przenikanie w głąb zupełnie ustaje, o ile elektrody zbyt przylegają do ciała. Jeżeli natomiast pomiędzy elektrodami a powierzchnią ciała istnieje warstwa powietrza *(Luftkondensatorenfeld)* — stanowi ona tak znaczny opór, że wytwarza się odpowiednio wysokie napięcie prądu, dla którego pokonanie oporu tkanek jest wtedy bez znaczenia. Obecnie stosuje się jednak przeważnie elektrody nieizolowane warstwą powietrza spowodu niedostatecznej wydajności aparatów K. F.

Podczas gdy przy diatermji rozchodzenie się energji odbywa się tak, jak przy prądzie stałym lub prądzie zmiennym niskiej częstotliwości według ogólnych zasad elektryczności i podlega prawom Joule'a, Kirchoffa i Ohma — to przy T. K. F. sprawa przedstawia się nieco inaczej. W polu kondensatorów wytwarza się „prąd pojemnościowy" mający własność łatwego przenikania wszystkich tkanek w głąb niezależnie od stopnia ich przewodnictwa. Toteż działanie cieplne F. K. posiada szereg cech odróżniających je od działania cieplnego diatermji. Cechy te są następujące (S c h l i e p h a k e): 1) działanie na każdą drobinę i bardziej jednolite ogrzanie wszystkich w głębi leżących różnorodnych tkanek *(homogenere Durchwärmung)* nawet wtedy, gdy zmienione chorobowo tkanki wytwarzają odmienne opory i zostają ominięte przez prąd diatermiczny, a więc nie zostają ogrzane (K o w a r s c h i k). 2) Działanie wybiórcze F. K. zależnie od długości fali. 3) Swoiste działanie na koloidy. 4) Dowolne działanie na głębokość zależnie od odległości płyt kondensatora. 5) Względna nieszkodliwość.

Przekrwienie tkanek wywołane F. K. należy uważać za przekrwienie czynne. Przekrwienie to nie jest przejściowe tak, jak przy zwykłem zadziałaniu ciepła, lecz utrzymuje się dłuższy czas, po intensywniejszem nagrzaniu nawet dwa trzy dni, a pozatem działa w głąb. Sieć naczyń włosowatych w miejscu zapalenia i jego otoczeniu ogromnie się rozszerza, a co za tem idzie zwiększa się powierzchnia przemiany tkankowej. Wskutek porażenia nerwu współczulnego następuje porażenie naczyń włosowatych, ciśnienie krwi w naczyniach włosowatych opada i następuje mechaniczne przenikanie płynów tkankowych z obrzękłych zapalnie zmienionych tkanek do naczyń krwionośnych. Dlatego po nagrzewaniu bóle miejscowe przeważnie ustępują na skutek odprężenia ucisku na zakończenia nerwowe spowodowane napięciem tkanek. Pozatem porażenie naczyń włosowatych połączone ze zwolnieniem prądu krwi wzmaga przenikanie leukocytów do ognisk naświetlanych (P f l o m m). Jeżeli chodzi o działanie cieplne T. K. F. w porównaniu z diatermją, to jest ono intensywniejsze. Pomiary ciepłoty w przypadkach ginekologicznych wykazały, że przy diatermji — ciepłocie skóry wynoszącej 40° odpowiada ciepłota w pochwie 37.9°—38°, natomiast przy T. K. F. ciepłota w pochwie wykazuje 40.5° (R a a b).

W sprawie techniki naświetlania: S c h w i e t z e r zwraca uwagę na kilka szczegółów: o ile naświetlamy okolice ciała z wystającemi kośćmi tuż pod skórą — należy postępować ostrożnie, gdyż łatwo może powstać ograniczone, miejscowe przegrzanie. Rany muszą być suche, plastry należy usunąć. Kropelki potu mogą spowodować punkcikowate oparzenia. Należy usunąć metale z pola naświetlanego ze względu na niebezpieczeństwo koncentracji pola elektrycznego i następowe oparzenie.

Firmy produkujące aparaty K. F. podają, że nie jest konieczne rozbieranie chorego, gdyż elektrody można umieścić na ubraniu. Jakkolwiek jest to jedna z zalet i udogodnień T. K. F., to jednak stwierdzono, że jeżeli elektrody umieszczone są na ubraniu, następuje silniejsze ogrzanie skóry; jeżeli elektrody umieszczone są bezpośrednio na skórze, działanie cieplne w głąb jest silniejsze (K o w a r s c h i k).

T. K. F. od kilku lat wzbudziła szerokie zainteresowanie, posiada liczne piśmiennictwo i uznana została jako cenny sposób leczniczy w niektórych schorzeniach. Jakkolwiek wartość T. K. F. uznaną została przez większość autorów np. w chirurgii, gdzie uzyskano szczególnie dobre wyniki przy leczeniu czyraków, karbunkułów, ropni, zanokcic, ropowic, zapalenia szpiku kostnego, promienicy, ropienia zatok i t. p., to jednak co do wartości T. K. F. w schorzeniach ginekologicznych zdania są podzielone, a szereg autorów nie widzi przewagi T. K. F. nad diatermją. I tak W i t t e n b e c k twierdzi, że „jakkolwiek T. K. F. jest zachwalana przy wszelkiego rodzaju schorzeniach ostrych i przewlekłych, to

zmiany zapalne ginekologiczne zdają się stanowić wyjątek". Ocena wyników leczenia jest trudna, gdyż przy schorzeniach ginekologicznych stan objektywny i skargi pacjentek są często krańcowo sprzeczne. Pacjentki, u których nie stwierdzono większych zmian a dolegliwości są spowodowane zrostami — nie wykazują poprawy. Tego rodzaju przypadki, jak wiemy, są oporne na wszelkie sposoby leczenia, są jednak dość częste i to właśnie utrudnia ocenę wartości metody (Wittenbeck).

W 30 przypadkach przewlekłych zmian zapalnych narządu rodnego wyniki nie były zadowalające (długość fali 12 metrów), w każdym razie nie gorsze ani lepsze jakie osiągnąć można zapomocą diatermji. W. przypuszcza, że przyczyna leży w niewydolności aparatury. Nierozstrzygniętą jest pozatem kwestja, czy zastosowana długość fali — 12 m jest najbardziej odpowiednią dla leczenia zmian zapalnych narządu rodnego i czy przy innych długościach fali nie dałoby się osiągnąć wyników lepszych. To mogą wyjaśnić dalsze badania w kierunku ustalenia odpowiedniej długości fali, natężenia pola elektrycznego, odpowiedniego dawkowania i zastosowania odpowiednich instrumentów pomiarowych. Zdaniem W. T. K. F. stoi dziś na poziomie terapji rentgenowskiej w r. 1905.

Porges na materjale kliniki Halbana stwierdził, że przewlekłe zmiany zapalne przydatków i zaburzenia jajnikowe reagują na T. K. F. taksamo jak na diatermję, w każdym razie nie stwierdza przewagi T. K. F. Ponieważ T. K. F. szczególnie zalecana jest i stosowana z dobremi wynikami przy sprawach zapalnych ostrych, zaczął Porges stosować T. K. F. w ostrych zapaleniach przydatków i we wszystkich przypadkach stwierdził pogorszenie. Zdaniem Porgesa T. K. F. nie nadaje się do leczenia ostrych spraw zapalnych przydatków, natomiast potwierdza doskonałe działanie przeciwbólowe przy bólach krzyża niewyjaśnionego pochodzenia, nawet w takich przypadkach, kiedy diatermja zawiodła. Nie negując wartości T. K. F. w innych schorzeniach, sądzi Porges, że w schorzeniach ginekologicznych takie same wyniki osiągnąć można zapomocą tańszej diatermji.

Większość autorów jednak osiągnęła wyniki znacznie lepsze, zachęcające do dalszego wypróbowania T. K. F. przy sprawach zapalnych narządu rodnego. Raab na podstawie b. dużego zebranego materjału (5.000 przyp. różnych schorzeń) stwierdza wyleczenie 75% przypadków ginekologicznych (guzy zapalne przydatków, *parametritis*), o ile naświetlanie trwa odpowiednio długo. Szczególnie dobrze reagowały na T. K. F. przypadki ostre, a nawet gorączkujące. Staehler stosując fale różnej długości, osiągnął dobre wyniki w 62 przypadkach zmian zapalnych przydatków. Nagel i Bergeen stwierdzili w ciężkich powikłaniach rzeżączki leczonych zapomocą terapji krótkofalowej przyspieszenie wyzdrowienia; nie zaobserwowano bezpośredniego działania na gonokoki. Oettingen osiągnął doskonałe wyniki w leczeniu spraw zapalnych przydatków, a przedewszystkiem ustąpienie bólów przy dolegliwościach neuralgicznych i zapaleniach nerwów. Schliephake donosi o ciężkim przypadku *pelveoperitonitis* uważanym za stracony, który po dziesięciu naświetlaniach został wyleczony.

Dalchau podaje wyniki stosowania T. K. F. w 130 przypadkach schorzeń ginekologicznych jak guzy zapalne przydatków — 62 przyp.; *pelveoperitonitis p. abort. incompl.* — 16 przyp.; guzy zapalne przydatków na tle rzeżączkowem — 8 przyp. We wszystkich prawie przypadkach nastąpiła znaczna poprawa subjektywna (ustąpienie bólów, spadek ciepłoty, niekiedy po 2—3 naświetlaniach) i znaczne zmniejszenie lub zanikanie guzów zapalnych po 8—12—15 naświetlaniach. Pozatem stosowano T. K. F. z dobrym wynikiem przy *parametritis, ischias, dysmenorrhoe;* szczególnie korzystny i szybki efekt uzyskano w leczeniu *mastitis;* przy początkowej *mastitis* — wyleczenie po 3—5 naświetlaniach. O ile sprawa była już zaawansowana, przychodziło do zropienia w krótkim czasie, tak, że ropę można było usunąć zapomocą punkcji. D. kładzie nacisk, że dolegliwości podmiotowe przy *mastitis* ustępowały często już po jednem naświetlaniu. Ehrhardt stwierdził znaczne przyspieszenie odczynu ciążowego pod wpływem naświetlania falami krótkiemi.

W celu stwierdzenia wpływu F. K. na nowotwory złośliwe wykonano szereg badań na zwierzętach. Reiter z Instytutu dla badania raka Charité stwierdza specyficznie biologiczny wpływ F. K. na tkankę nowotworową: pod wpływem fal długości 3—4 m nastąpiło całkowite zniszczenie (skontrolowane mikroskopowo) najbardziej opornej tkanki nowotworowej — mięsaka Jensena w 79% przypadków. Celem skontrolowania działania niszczącego F. K. na nowotwory wykonano badania przemiany materji według metody Warburga: w eksperymencie na zwierzętach stwierdzono zahamowanie fermentacji beztlenowej o 80—90% przy długości fali 3.4 m, słabsze zahamowanie przy 3.7 m, brak zahamowania przy fali dłuższej. Różnicę działania F. K. i naświetlania Roentgenem uwidacznia porównawcze badanie przemiany materji pod wpływem obu naświetlań. Promienie Roentgena w dawce 5.000 R. do 4 dni nie wykazują żadnego wpływu na fermentację beztlenową (Frik, Löw-Beer). Dopiero dawka 20—60.000 R. wykazuje działanie równe jednorazowemu naświetlaniu F. K. Reiter sądzi, że leczenie nowotworów F. K. w przyszłości może mieć widoki powodzenia.

Eksperymenty Reitera nie zostały potwierdzone przez innych autorów. Lob (Klinika Lexera) w doświadczeniach z rakiem Ehrlicha u myszy i mięsakiem Jensena u szczurów stwierdził, że niema mowy o specyficznie biologicznem działaniu F. K. na nowotwory. Wpływ F. K. na powyższe nowotwory stwierdza się wtedy, gdy nasilenie pola elektrycznego jest tak znaczne, że każda tkanka również zdrowa ulega zniszczeniu przez koagulację cieplną. Badania histologiczne wykazują wówczas w tkance nowotworowej naświetlanej F. K. obrazy podobne jak przy elektrokoagulacji. Próby zadziałania na nowotwory człowieka (nienadające się do operacji) — pozostały bez wpływu. Działanie F. K. na nowotwory polega poprostu na spaleniu tkanki. Podobne postępowanie w stosunku do dawno przyjętych metod leczenia nowotworów jak Roentgen, zabieg chirurgiczny, lub elektrochirurgja jest cofnięciem się wstecz (Haas, Lob). Możliwe, że F. K. łącznie z Roentgenem potęgują działanie promieni Roentgena, jak wykazują próby wykonane na myszkach (Korb).

Na czem polega działanie lecznicze T. K. F., czy ogranicza się wyłącznie do działania cieplnego? Istnieją zapatrywania, że T. K. F. polega na działaniu ciepła, które w odróżnieniu od diatermji jest bardziej intensywne, zdolne do przenikania w głąb i równomiernego ogrzania wszystkich tkanek w głębi leżących. Liczne badania i eksperymenty z F. K. dowodzą niezbicie, że poza działaniem cieplnem wchodzą w grę jeszcze inne czynniki, jak silny wpływ biologiczny fal krótkich na żywą komórkę. Świeża kwitnąca roślina umieszczona w polu działania F. K. po kilku sekundach traci kształt, barwę, a po 1—2 min. zamienia się w bezbarwną, bezkształtną ciepłą masę. Jaje kurze pod wpływem F. K. staje się twarde, igła termo-elektryczna wkłuta do jaja wykazuje ciepłotę 70°. Po rozcięciu jaja stwierdza się, że żółtko jest twarde, natomiast białko jest półpłynne o konsystencji żelatyny, a ciepłota jego wynosi 20°. Już ten szczegół wskazuje, że ciepłota wytworzona w polu kondensatorowem jest swoista, odrębna i podlega specjalnym prawom. Jeszcze bardziej przekonuje nas spostrzeżenie, że po upływie 5 min. na powierzchni skorupy jaja występują obficie drobniutkie kropelki wody jakby „kropelki potu", co wskazywałoby na pewien odrębny proces biofizyczny (Jellinek). Badania krwi zwierząt naświetlanych K. F. oraz różnych chorych wykazały wyraźne zmiany w ilości krwinek czerwonych i białych, oraz w ilości hemoglobiny i białka we krwi, dalej zmiany krzepliwości krwi i opadania ciałek czerwonych, wkońcu stężenia jonów wapniowych i stosunku jonów wapniowych do jonów potasowych i sodowych jakoteż zmiany stosunku białka surowiczego do globulin surowicy krwi (Latkowski). Te zmiany we krwi obok zmian wykazanych przez innych autorów jak maksymalne rozszerzenie sieci naczyń włosowatych, niezmieniające się pod wpływem adrenaliny (Raab), przy nadciśnieniu — spadek ciśnienia o 15—30 mm Hg (Rausch) i szereg innych dowodzą głębokich zmian w ustroju pod wpływem fal krótkich.

Dlatego błędem byłoby przypuszczać, że biofizyczny wpływ promieni K. F. ogranicza się wyłącznie do działania cieplnego. Poza zjawiskami cieplnemi stwierdzonemi przez termometr i nasze zmysły istnieją jeszcze wpływy swoiste; wykazanie tych wpływów i znalezienie dostatecznego wyjaśnienia wpływu F. K. na żywą komórkę napotyka narazie na trudności (Jellinek).

---

Dr. Aleksander STEINHARDT. Przemyśl.

**O częstości schorzeń żołądka na tle kiły (wraz z opisem nader rzadkiej deformacji żołądka na tem tle).**

Z Oddziału Chorób Wewnętrznych Szpitala Żydowskiego w Przemyślu, Dyr. A. Steinhardt i z Pracowni Rentgenologicznej Dra B. Ekerta w Przemyślu.

Przedmiotem niniejszej rozprawy jest opis pewnego rzadkiego schorzenia żołądka, o bardzo interesującym przebiegu klinicznym i nader dziwnem zdeformowaniu, a powstałem na tle kiły wrodzonej. Przypadek ten jest tylko ilustracją pewnego zagadnienia, będącego wynikiem długoletnich doświadczeń i obserwacyj na terenie ludności przemyskiej. Chodzi tu o nieżyt żołądka na tle kiły nabytej jakoteż wrodzonej, z przewagą jednak ostatniej.

Zdawałoby się, że jest to problem stary jak świat, dość już przerabiany i omawiany, że wątpić należałoby, czy można jeszcze coś nowego dodać. A jednak tak nie jest.

Znanym jest typ chorych, którzy wiecznie leczą się na katary żołądkowe, t. zw. żołądkowcy. Spowodu przewlekłości wiecznych niedyspozycyj, chorzy tacy sczasem przybierają charakterystyczną fizjognomję cielesną i duchową; znane są z historji liczne anegdoty, smutne czy wesołe na tem tle; chorzy ci niejednokrotnie stają się utrapieniem dla lekarza i prawdziwym ciężarem dla otoczenia. Nasze rozpoznanie w takich wypadkach bywa zwykle: „nieżyt żołądka", co całkiem poprostu jest diagnozą, wynikającą z zakłopotania *(Verlegenheitsdiagnose)* i nic dziwnego, że wszelkie kuracje dietetyczne, farmakologiczne czy wreszcie balneologiczne pozostają bez spodziewanego skutku. Cały szereg takich przypadków „nieżytu żołądka", leczonych przez wielu lekarzy, mimo najdokładniejszych badań klinicznych, rentgenologicznych, laboratoryjnych i t. p. nie dawał należytego wyjaśnienia co do etjologji, ani nie tłumaczył przyczyny nieudawania się żadnej kuracji. W kilkunastu przypadkach, będących w obserwacji na naszym oddziele, ślepy traf przyczynił się do wyjaśnienia sprawy. U chorych tych zaczęto pobierać krew na odczyn Wassermanna i wynik dodatni stawał się prawdziwym ratunkiem dla „żołądkowców". Przypadek, który właśnie mamy zamiar opisać, a który poprzednio był rozpoznawany jako „katar żołądka", stał się dzięki dodatniemu Wassermannowi dla nas prawdziwem przeżyciem:

Dnia 16. X. 1933 zgłasza się na nasz Oddział p. G., emerytowany kolejarz, ze swoim synem E., 17-letnim studentem gimn. Młody G. E. od trzech lat cierpi silne bóle i „tłoczenie" w żołądku oraz na „zapieranie" podczas jedzenia. W ostatnim czasie ból ten coraz więcej się wzmaga, nadto występują silne poty i czerwienienia twarzy, utrudniające mu dalsze spożywanie pokarmu. W ostatnich tygodniach występują jeszcze wymioty nietylko treścią pokarmową, ale także wydzieliną śluzowatą, podobną do białka jaja surowego, stale w czasie jedzenia. Pacjent próbował spożywać płynne pokarmy, ale bez skutku. W następujący sposób opisuje swoje wrażenia w czasie spożywania pokarmu: spoczątku płyn dostaje się gładko do żołądka, ale tylko do pewnej wysokości, jakgdyby dostawał się do małej komory, i tu zatrzymuje się przez pewien czas; w pewnej chwili coś jakgdyby się tam otwierało i cała zawartość przelewała się jakby przez rurkę do niżej znajdującej się, drugiej komory, a nawet do trzeciej. Cały ten proces przebiega rzadko w zupełności, gdyż częściej bywa tak: już w pierwszej komorze powstaje nagle jakieś „tłoczenie" i „kotłowanie" i przez niemiły skurcz żołądka treść pokarmowa w całości zostaje wyrzucona nazewnątrz. Nic dziwnego, że pacjent źle się odżywia, a w ostatnim czasie stracił około 8 kg na wadze.

Przedmiotowo: Wzrostu średniego, dobrej budowy kośćca, licho odżywiony, o podściółce tłuszczowej częściowo zanikłej, skóra blada, szarawo-ziemista, błony śluzowe z zewnętrznego widzenia blade. Czaszka dolichocefaliczna, czoło wysokie. Zakończenie nerwu V na ucisk niebolesne. Źrenice równe, okrągłe, reagują prawidłowo na światło i akomodację. Uzębienie liche, przypomina typ Hutchinsona. Na twarzy, a szczególnie dookoła warg i na brodzie liczne blizny, przypominające blizny poospowe, ustawione promienisto dookoła ust. Płuca, serce bez zmian. Tętno miarowe, dobrze napięte, nieprzyspieszone. Jama brzuszna: bolesność na ucisk w okolicy żołądka. Pozatem inne narządy bez zmian. Ciepłota normalna. W moczu ślad białka.

Chory leczy się od trzech lat, przyczem dotychczasowe rozpoznania były następujące: choroba serca (nerwica), wrzód, katar, wreszcie nerwica żołądka.

Badania dodatkowe: W kale krwi nie znaleziono. Krew: Ciałek czerwonych: 4,160.000, c. b. 4.800. Sahli 74% Hb. Indeks 0,88. Schilling: Leuk. neutr. segm. 43%. Leuk. eozynofilów 2%. Limfocytów 48%. Monocytów 7%.

Już przy pierwszem powierzchownem badaniu nasunęło się przypuszczenie, że chodzi tu o kiłę, co wkrótce zostało też potwierdzone: Odczyn Wa-R z surowicy krwi chorego dał zupełnie dodatni wynik (++++). Prześwietlenie Rtg. żołądka dało dziwny obraz, tłumaczący dostatecznie wrażenia podmiotowe chorego w czasie spożywania pokarmów. Wobec tego reprodukujemy serję zdjęć Rtg. żołądka naszego pacjenta z rozmaitych okresów:

I. Badanie Rtg. z dnia 2. III. 1933 r. wykazuje: żołądek normalnej wielkości, kształtu haka, wydzielina bardzo gęsta, znacznie wzmożona, przesuwalność prawidłowa, fałdy śluzówki zgrubiałe, kontury gładkie, ruchy robaczkowe bardzo żywe, opróżnianie znacznie przyśpieszone, t. j. po 2 godz. żadnej zaległości środka kontrastowego nie stwierdza się. Dwunastnica: wypełnia się niezupełnie, przelotnie, nieregularne kontury po stronie krzywizny małej i dużej sprawiają, że robi wrażenie zwężonej. Nad warstwą barytu mniej nasycone zacienienie odpowiadające wzmożonej wydzielinie. Na podstawie opisanych zmian przyjęto katar żołądka i owrzodzenia opuszki dwunastnicy. (Fig. A schematycznie).

II. Po trzech miesiącach chory badany we Lwowie na Klinice Chorób Wewnętrznych U. J. K. Wynik badania pracowni Rtg. klinicznej brzmi (Odpis): Pola płucne i cień środkowy bez zmian. Przełyk bez zmian. Żołądek i dwunastnica bez zmian. Szybkie opróżnianie się żołądka. (Lp. 1935/33 z dnia 16. VI. 1933).

III. Badanie kontrolne po ośmiu miesiącach (19. X. 1933. Dr. Ekert) daje obraz zupełnie odmienny. Po wypiciu kilku łyków barytu wypełnia się dno żołądka w postaci półkola, po chwili poniżej kieszonka wielkości śliwki, zaś w następstwie silnego utłaczania brzucha wąska przetoka, przez którą przechodzi baryt do dalszej części żołądka w postaci jaja, skąd wąziutkim kanalikiem do części przedodźwiernikowej. Odźwiernik niewidoczny, opuszka dwunastnicy zniekształcona i bardzo znacznie zwężona. Ruchów robaczkowych brak, ściany żołądka sztywne, kontury ostro odgraniczone, baryt wylewa się do jelit (Fig. B).

W stosunkowo więc krótkim czasie powstały poważne zmiany, obraz rentgenologiczny ma charakter nowotworowy i nie pozwala jeszcze na ustalenie rozpoznania: kiła żołądka. Dopiero łącznie z objawami klinicznemi, dodatni Wa-R i t. p. potwierdza przypuszczenie. Szczupłe rozmiary pracy nie pozwalają na opisywanie rozpoznania różniczkowego obrazu rentgenologicznego.

IV. Badanie kontrolne z 26. III. 1934, więc po 6 miesiącach po częściowo przebytej kuracji daje wynik następujący: żołądek przedstawia się jakby złożony z trzech części, łączących się z sobą wąskiemi kanalikami, te jednak są nieco szersze niż przy poprzedniem badaniu. Ruchów robaczkowych nadal brak, opróżnianie jest natychmiastowe (Fig. C).

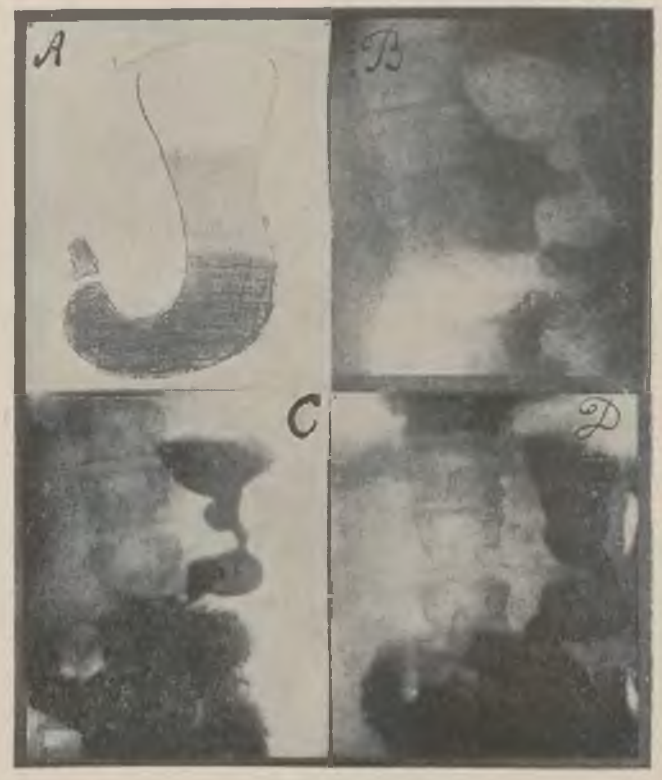



*Fig. A, B, C, D.*

V. Po roku (19. III. 1935) po przebytem leczeniu przeciwkiłowem wykazuje obraz rentgenologiczny: światło żołądka znacznie rozszerzone, dno prawie zupełnie rozwinięte, wspomniane kanaliki uprzednio ledwie drożne, wykazują obecnie średnicę około trzech cm, opróżnienie zupełne następuje po 2 godz. (Fig. D).

Porównując wyniki prześwietleń Rtg. naszego chorego, wykonane w przeciągu 8 miesięcy widzimy, jakie gwałtowne zaszły zmiany w budowie i kształcie żołądka w tak stosunkowo niedługim czasie. Nasze dawniejsze doświadczenia, o których wyżej wspominaliśmy oraz zęby Hutchinsona, blizny na twarzy i dodatni Wa-R, kazały nam przyjąć za przyczynę schorzenia żołądka kiłę i to wrodzoną. Czterokrotnie przeprowadzona kuracja przeciwkiłowa (Novarsenobenzol—Bismophag) potwierdziła w zupełności nasze rozpoznanie, — albowiem już na samym początku usunęła ona jakby za jednym zamachem wszystkie dolegliwości chorego. Po kilku tygodniach kuracji chory przybrał na wadze około 7 kg, wymioty zaś i inne objawy zupełnie ustąpiły. W czasie przebiegu

leczenia mieliśmy sposobność obserwowania ciągłej poprawy i powolnego przeobrażania się żołądka, jak to zresztą uwidacznia się na załączonych zdjęciach.

Przechodząc do epikrytycznego naświetlenia niniejszego przypadku, należy zauważyć, że mamy tu do czynienia z początkowym nieżytem żołądka. Gdyby nie ogólne mylne mniemanie, że *gastritis luetica* jest taką rzadkością, myśl o tem niejednemu przedtem przyszłaby do głowy. Nasze doświadczenia na materjale ludzkim w tut. szpitalu, przeprowadzane systematycznie przez kilkanaście lat, każą nam zaprzeczyć, jakoby schorzenia żołądka na tle kiły należały do takiej rzadkości. Przekonaliśmy się, że najrozmaitsze formy nieżytu żołądka jak bezsok, niedokwaśność, nadkwaśność, wrzód, nerwice i t. p. mogą być następstwem kiły i po przeprowadzeniu leczenia przeciwkiłowego cofają się zupełnie. Pomijając sam fakt istnienia *gastritis luetica* jako jednostki chorobowej, warto zastanowić się nad mechanizmem powstawania opisanej wyżej zmiany. Dokonała się ona w stosunkowo krótkim czasie (od 16. VI. 1933 do 19. X. 1933 a więc 4 miesiące) a przebieg jej można sobie następująco wytłumaczyć: spoczątku choroby, przez cały jej przebieg i przez czas leczenia, błona śluzowa żołądka nie wykazuje znaczniejszych zmian anatomo-patologicznych poza stanem nieżytowym, rentgenologicznie stwierdzonym. W ostatnich kilku miesiącach w obrębie podśluzówki i podsurowicówki przychodzi do silnego, okrężnego nacieczenia masą kilakową (analogicznie jak przy *linitis plastica),* — które rosnąc szybko w kierunku światła żołądka, powoduje w kilku miejscach tak znaczne przewężenia, że pokarm z trudnością przez nie przechodzi. Żołądek na skutek tych zwężeń przybiera dziwaczne kontury, podobny jest do aparatu Kippa (używanego w laboratorjach do wytwarzania siarkowodoru). Po przeprowadzonej kuracji specyficznej kształt wraca na skutek rozpadu i resorbcji w przybliżeniu do normy.

Przypadek nasz w tej formie, jakeśmy go opisali, jest niesłychanie rzadki — prawie unikatem w literaturze. Strümpell-Seyfarth wogóle o tem nie wspomina, Brugsch, a dalej Eppinger, Schwarz, Mühlbaum i inni uważają podobne schorzenia na tle kiły za nader rzadkie. Strauss podaje podobny przypadek zniekształcenia żołądka na tle kiły w *Med. Klin.* 1931. Str. 269 z fotografją, ale obraz jego odbiega daleko od naszego. Co się tyczy możliwości występowania nieżytów żołądka na tle kiłowem, wspomina o tem Smith. Podobne obrazy rentgenologiczne mogą dawać między innemi nowotwory, gruźlica, *linitis plastica* i t. p. W naszym szpitalu mieliśmy kilkanaście przypadków nieżytu żołądka, przebiegających w najróżnorodniejszej formie, które — po dodatnim odczynie Wa-R — po kuracji przeciwkiłowej cofały się bez śladu.

Reasumując: Wypadki nieżytu żołądka na tle kiły są częstsze, niż dotąd uważano.

*Piśmiennictwo:*

Assmann: Klinische Röntgendiagnostik 1929. — Tenże: Ueber Magensyphilis. D. G. f. I. M. 1926. — Cohn: Med. Klin. 1926. — Engel i Schall: Handbuch d. Roentgendiagnostik im Kindesalter. — Pohl: Roentgenpraxis H. 10. 1932. — Groedel: Fort. a. d. Geb. d. Roentgenstr. 1912. — Brugsch: Innere Medizin II. 1198 ff. — Smith: Med. Klin. 1931. Str. 102. — Strauss: Ibidem 269 ff.

## BIBLJOGRAFJA.

### Artykuły oryginalne w czasopismach.
### Piśmiennictwo polskie.

*Polski Przegląd Chirurgiczny.* T. XIV. Z. 2. 1935. Wertheim A. i Zamenhof J.: O t. zw. chorobie Osgood-Schlattera. — Achmatowicz L.: Przypadek odmy pęcherzykowej esicy i jej krezki. — Michałowski E.: Przecięcie moczowodu i jego następstwa dla czynności nerek. — Ostrowski Wł.: Wywoływanie zrostów wewnątrzopłucnowych dla celów chirurgicznych. — Dziembowski Z.: Złamanie brzegu panewki ze zwichnięciem stawu biodrowego. — Bartkowiak Z. i Hrynkiewicz S.: Z kazuistyki ciał obcych przewodu pokarmowego.

*Lekarz Wojskowy* T. XXV. Nr. 6. 1935. Sowiński K.: Obecne poglądy na chorobę gośćcową i reumatoidy. — Drac J.: Terapja fizykalna w leczeniu gośćca. — Millak H.: Uwagi w sprawie umundurowania wojskowego z punktu widzenia higjeny. — Bularski J.: Higjena marszu (c. d.).

*Przegląd Dermatologiczny.* T. XXX. Nr. 1. 1935. Malinowski F.: Krótki rys historyczny „Przeglądu Dermatologicznego". Tischnenko A., Popławski S. i Fink M.: O niektórych z bardziej cennych sposobów leczenia rzeżączkowych zapaleń najądrza. — Mienicki M. i Krzywobłocki B.: O zachowaniu się globulin surowic kiłowych w odczynie wiązania dopełniacza. Hirsch L.: Przyczynek do poznania etjologji angiokeratoma Mibelli.

*Wiadomości Farmaceutyczne.* Nr. 17. 1935. Kryńska H. P.: O związkach flawonowych rdestu ostrogorzkiego (dok.).

*Wiedza Lekarska.* Z. III. 1935. Zawodziński T.: Prowadzenie połogu. — Berlinerblau L.: Nowy sposób leczenia przewlekłych ropotoków ucha środkowego.

*Przemysł Chemiczny.* Nr. 3. 1935. Poznański S.: O przyczynie powstawania mlecznych plam na jedwabiu wiskozowym. — Struszyński M.: Wykrywanie śladów niklu w tłuszczach uwodornionych.

## OCENY.

*Ueber das Weltbild des Arztes und den Sinn der Krankheit. (O światopoglądzie lekarza i o istocie choroby).* MARTIN SIHLE. 1934. Weidmann — Wien. Str. 240.

Pod tym tytułem ukazała się niedawno bardzo interesująca książka z dziedziny filozofji medycyny. Autor tego dzieła prof. Sihle dochodzi na podstawie 45-letniej działalności lekarskiej i pedagogicznej do uogólnień i syntezy, jakie daje perspektywa lat i rezultat całożyciowej pracy lekarskiej. Autor jest znanym propagatorem nowych prądów w medycynie tak zw. syntezy lekarskiej oraz inicjatorem i organizatorem kongresów dla syntezy lekarskiej i światopoglądu lekarskiego.

Autor zajmuje się najgłębszemi zagadnieniami bytu, które mogą interesować dzisiejszego człowieka kulturalnego. Jako lekarz wkracza on może przez to w dziedzinę zarezerwowaną dla zawodowych filozofów, oraz przyrodników, ale właśnie jako lekarz spotyka w swem życiu to, czego brak innym, mianowicie, osobiste przeżycie przy łóżku chorego „gdzie lekarz jako fizykochemik, jako biolog i jako filozof dokonuje stale wielkiej syntezy z życia, cierpienia, umierania i śmierci". Dążenie do lekarskiej syntezy jest w pojęciu filozofa naiwnością, ale synteza lekarska nie jest kierunkiem filozofji. Nie jest też zamiarem autora wpajanie czytelnikowi pewnego kierunku, oraz zmuszanie do przyjęcia swoich poglądów jako prawd bezwzględnych, lecz pragnie wzbudzić wogóle pewne zainteresowanie temi zagadnieniami.

Przy łóżku chorego i w działalności lekarskiej spotyka się lekarz z całym szeregiem najgłębszych zagadnień, które rozwiązać albo przynajmniej wskazać drogę do rozwiązania których usiłują wielcy lekarze-myśliciele. Od dziesiątków lat uczy się lekarzy, że medycyna jest czystą nauką przyrodniczą. Zagadnień iracjonalnych nie uznaje się zupełnie, wynikiem czego jest według autora duchowa krótkowzroczność. Najznakomitsi klinicyści i badacze ograniczyli świadomie czy nieświadomie swój horyzont i zakres działania. Ten stan rzeczy musi klinika nareszcie zmienić.

Fizykochemja, anatomja patologiczna i patologja są nieodzownemi warunkami i podstawami wykształcenia lekarskiego, są widocznemi, namacalnemi, dokładnie dającemi się stwierdzić, składnikami materjalnemi chorobowego procesu. Istotniejszem i ważniejszem w cierpieniu chorego jest „niewidzialne" i leży w sferze, która nie jest dostępna t. zw. naukowemu badaniu. To „niewidzialne" zaczyna się już uwzględniać we wszelkich gałęziach medycyny.

W najnowszych czasach zmieniają się dość radykalnie rozmaite poglądy i zapatrywania, powstają nowe kierunki i zagadnienia. Zdaniem autora w prawdziwem i głębokiem ujęciu zagadnień patologji trzeba ująć całość zjawisk i czynników tak w człowieku, jak i nazewnątrz niego. Na to zwraca się szczególną uwagę w korelacyjnej patologji. Żaden z narządów, tkanek czy komórek nie żyje sam dla siebie, lecz w korelacyjnym związku ze wszystkiemi innemi czynnikami, otoczenia i środowiska. Do zjawisk życia należą wszelkie telluryczne i kosmiczne czynniki. Życie stoi w związku z czynnikami anorganicznemi, fizyko-chemicznemi, temperaturą, grawitacją, kosmicznem promieniowaniem i t. d. Cały kosmos przedstawia korelacyjno-dynamiczny kompleks funkcjonalny życia. Życie i chorobę ujmuje autor głęboko wprowadzając pojęcie medycyny głębi *(Tiefenmedizin)* podobnie do jednego z kierunków nowoczesnej psychologji t. zw. psychologji głębi.

W rozdziale o zagadnieniu duchowo-cielesnem wysuwa autor żądanie, by ogólna kliniczna nauka o chorobach uzupełniła lukę brakującą, uwzględniając stronę iracjonalną człowieka. Dziedzina zjawisk duchowych należy taksamo do zjawisk przyrody i musi być traktowana jako „naturalna", jako przyrodnicza. To co dotychczas oznaczaliśmy w medycynie jako przyrodnicze, jest tylko małym wycinkiem ogólnych zjawisk przyrodniczych w medycynie i w człowieku. Trzeba traktować człowieka chorego w jego całości jako jedność duchowo-cielesną. Ze stanowiska badań mikroskopowych oraz z punktu widzenia chemji i fizyki, nie istnieją przejawy duszy i ducha, niema również osobowości jako całości duchowo-cielesnej. Z punktu widzenia syntezy, nowoczesna patologja musi dawać lekarzowi zrozumienie psychofizycznej struktury osobowości, jako całości. Jeżeli duch czy dusza wrasta jednym korzeniem w dziedzinę iracjonalną, nie oznacza to jeszcze, że nie da się zupełnie zbadać i ująć naukowo. Drugi korzeń wyrasta z energetyczno-materjalnej części osobowości, jako całości. Człowiek w swojej jedności duchowo-cielesnej jest nietylko fizycznem ale i metafizycznem zagadnieniem. Nauki ścisłe, przyrodnicze nie powinny i nie mogą też być jedynemi centrami „Wielkiej Medycyny", medycyny głębi. Wszelkie przejawy tak u chorego, jak i zdrowego są tylko zjawiskami częściowemi, które stoją w związku z panującemi nad niemi prazjawiskami *(Urphänomen)* wszechświata.

W rozdziale o „syntezie zjawisk racjonalnych z iracjonalnemi z punktu widzenia lekarskiego" autor zajmuje się zagadnieniami podstaw życia i stara się wytłumaczyć istotę zjawisk życiowych na podstawie wyników badań najznakomitszych przyrodników i myślicieli naszych czasów. O przyczynowości z punktu widzenia lekarskiego oraz o zastosowaniu jej do chorób i terapji pisze autor w rozdziale następnym. W rozdziale o „prazjawisku wszystkiego żyjącego i życia" zajmuje się najrozmaitszemi zagadnieniami ogólnemi i szczegółowemi z patologji ludzkiej.

Godne uwagi są rozważania w rozdziale „metafizyka lekarska" oparte na wynikach badań i poglądach największych fizyków ostatniej doby. Na tych podstawach rozwija swoje zapatrywania na świat i na istotę zjawisk organicznych i nieorganicznych. Temi teorjami usiłuje wyjaśnić istotę zjawisk duchowych we wszechświecie oraz pochodzenie „energji duchowej". W rozdziale o chorobie i o istocie choroby dochodzi do wniosku, że istoty jej uchwycić nie możemy. Prazjawiska życia mogą wskazać jednakże drogę, w jakim kierunku należy iść, by zbliżyć się do tego celu.

W osobnym rozdziale o tanatologji zajmuje się zagadnieniem śmierci i jej skutkami oraz działaniem na fizyczną stronę człowieka. W człowieku jest złączona energja duchowa z energją cielesną, między któremi istnieje biegunowa sprzeczność. Zagadka życia i śmierci nie została jeszcze rozwiązaną, ponieważ drugi biegun życiowych zjawisk, mianowicie duchowy biegun, nie został zupełnie uwzględniony.

W rozdziale „religja" roztrząsa zagadnienie religji z punktu widzenia lekarskiego. Istnieje byt transcendentalny i tam należy szukać Boga osobowego. Nie możemy wiedzieć, jak należy tego Boga pojmować, ale że musi istnieć, jest to postulatem „lekarskiego rozsądku". Utarte i często używane słowo *„ignorabimus"* które wypowiadali uczeni dotychczas, stając przy krańcu rzeczy konkretnych i materjalnych, zaczyna znikać. Być może, że to pogranicze, na którem zatrzymywały się dotychczas nauki ścisłe, zostaną przekroczone przez logiczną myśl ludzką i że kiedyś będziemy mogli wypowiedzieć to wielkie słowo *„norabimus"*.

Oto krótko wymienione najważniejsze zagadnienia, któremi zajmuje się autor w swojem dziele. Niezmiernie obrazowe porównania i przenośnie, jak również bardzo nieraz głębokie aforyzmy przeplatają i uzupełniają to nadzwyczaj interesujące dzieło. Są pewne poglądy, na które nie zgodzi się czytelnik, lecz całość warta przeczytania i może służyć jako materjał do przemyślenia. Sam autor nie twierdzi, że wszystkie jego poglądy i myśli są słuszne i jedynie prawdziwe; przeciwnie — mówi, że każdy ma swój wyniosły punkt obserwacyjny, swoją odpowiadającą mu perspektywę. Istota zaś lekarskiej syntezy polega na tem, by różne perspektywy oświetlić z wyższego punktu widzenia.

*Dr. med. i mgr. fil. W. Tomaszewski* (Poznań).

*Fifty years of Medicine and Surgery. An Autobiographical Sketch. (50 lat medycyny i chirurgji. Szkic autobiograficzny).* FR. H. MARTIN. Chicago. 1934. Str. 449.

Książka ta, przedstawiająca 50 lat rozwoju medycyny i chirurgji w Stanach Zjednoczonych, jest równocześnie autobiografją autora, wybitnego lekarza i chirurga amerykańskiego. M a r t i n studjował medycynę w Chicago w latach 1877—1880, w czasie, kiedy całe studjum trwało niespełna 3 lata. Specyficzne amerykańskie stosunki! W tym czasie, jak podaje autor, 90% ran operacyjnych ulegało zakażeniu, a 75% laparotomij kończyło się śmiercią. Metoda listerowska bardzo powoli znajdowała zwolenników, do których wcześnie zaliczał się i M a r t i n. Książka zawiera dużo szczegółów organizacyjnych z dziejów medycyny amerykańskiej i jest prawdziwie zajmująca.

*E. G.*

*Walka z gruźlicą w Polsce.* MARJA SKOKOWSKA-RUDOLF, STEFAN RUDZKI, MIŁOSZ GRODECKI. Warszawa. 1934.

Książka, wydana z okazji zeszłorocznego międzynarodowego zjazdu przeciwgruźliczego w Warszawie przedstawia stan organizacji walki przeciw gruźlicy w Polsce. Płk. dr. Stefan R u d z k i nakreślił zarys dziejów walki z gruźlicą w Polsce, dając sylwetki pierwszych pionierów tych usiłowań jak Sokołowskiego, Dobrzyckiego, Chałubińskiego i wielu innych, aż do roku 1918 do odzyskania niepodległości. Dr. M. S k o k o w s k a-R u d o l f daje przegląd walki z gruźlicą w Polsce odrodzonej, przedstawiając przedewszystkiem pracę organizacyjną władz rządowych, samorządowych i towarzystw przeciwgruźliczych. Wreszcie dr. Miłosz G r o d e c k i daje przegląd organizacyj i zakładów przeciwgruźliczych w Polsce.

Książka ta, bardzo starannie wydana i zaopatrzona w szereg portretów i rycin przedstawia znakomicie dzisiejszy stan organizacji walki z gruźlicą w Polsce.

*St. Legeżyński* (Lwów).

*Krebsverhütung und Gesetzgebung. (Zapobieganie chorobie raka i prawodawstwo).* JOSEPH MAISIN. Verlag der Praktischen Karzinomblätter. 1935. 21 stron.

W broszurze tej zbiera autor, dyrektor Instytutu Rakowego Uniwersytetu w Löwen (Louvain) wszystkie dane o czynnikach, przyczyniających się do powstawania lub szerzenia nowotworów, a którym możnaby przeciwdziałać odpowiedniemi ustawami. Za takie czynniki uważa autor przedewszystkiem cykliczne związki węglowodorowe, których wcieranie do skóry (preparaty smołowe), spożywanie lub wdechiwanie (gazy automobilowe, smołowanie ulic) powinno być ograniczane. Również powinno podlegać kontroli urzędowej używanie w przemyśle ciał radjoaktywnych, dalej używanie barwików, zwłaszcza w przemyśle spożywczym. Walka z chorobami pasorzytniczemi, dalej z gruźlicą i kiłą, ochrona przed mechanicznemi uszkodzeniami wreszcie odpowiednia kontrola pożywienia wogóle, a dieta chorych na raka w szczególności to dalsze dezyderaty autora, trudne jednak do przeprowadzenia mocą odpowiednich ustawodawczych zarządzeń.

*St. Legeżyński* (Lwów).

*Cechy biologiczne wieku dojrzewania.* J. BOGDANOWICZ. Książnica-Atlas, Lwów-Warszawa. Str. 80. Cena zł 1.80.

Okres zbliżający się dojrzewania dzieci budzi u rodziców szereg obaw, zupełnie zrozumiałych dla każdego, kto wie, jak często kapryśnym i niespokojnym jest ten wiek w życiu dziecka. Nietylko potrzebne jest wtedy dokładne zrozumienie psychiki dziecka ale i biologicznych procesów przebiegających w organizmie. Wtedy tylko rodzice i wychowawcy nie będą popełniać błędów, które mogą fatalnie odbijać się na zdrowiu dziecka.

Ułatwieniem w tych trudnościach będzie dla nich książka dr. J. B o g d a n o w i c z a wydana przez Książnicę-Atlas. Jest ona jakby uzupełnieniem książki prof. B a l e y a p. t. „Psychologja wieku dojrzewania". Dr. J. B o g d a n o w i c z opierając się na badaniach nad dziećmi polskiemi, omawia szczegółowo szereg zmian zachodzących w ustroju w okresie dojrzewania, wyjaśnia ich związek logiczny i podaje wskazania higjeniczne.

Książka powinna się znaleźć zwłaszcza w rękach nauczycielstwa i wychowawców oraz lekarzy szkolnych.

Jako uzupełnienie pięknej książki Prof. B a l e y a dotyczącej cech psychicznych młodzieży w okresie dojrzewania (Psychologja wieku dojrzewania) Inst. Wydawn. Książnica-Atlas opublikował książkę dr. J. B o g d a n o w i c z a poświęconą biologji tegoż okresu. Okres ten należy do jednego z najbardziej zajmujących dla badacza rozwoju dziecka i jednocześnie jest jednym z najtrudniejszych dla wychowawcy. Dokładne zrozumienie tego okresu, jego normalnego przebiegu i możliwych odchyleń pozwala na umiejętne roztoczenie opieki nad młodzieżą i zwalczanie niebezpieczeństw z tym okresem związanych.

Zwięzła treść, umiejętne rozłożenie materjału i popularny język umożliwiają korzystanie z pracy dr. J. B o g d a n o w i c z a każdemu, który chciałby bliżej zapoznać się z tym okresem. Zwłaszcza konieczną staje się ona dla szkoły. Rodzice znajdą też w niej wiele cennych wskazówek i rad dotyczących zagadnień higjeny wieku dojrzewania. Książka ozdobiona jest odpowiednio dobranemi wykresami i fotografjami.

Piśmiennictwo polskie popularyzujące zagadnienia dotyczące rozwoju dziecka nie posiadało dotychczas większej pracy poświęconej fizjologji okresu dojrzewania u młodzieży. Lukę tę zapełnia książka dr. J. Bogdanowicza wydana przez znaną firmę Książnica-Atlas. Autor w szeregu rozdziałów omawia fizjologję okresu dojrzewania, opisuje zmiany zachodzące w ustroju, przytacza najczęstsze schorzenia tego wieku i obszernie wylicza wskazania mające związek z higjeną tego najkapryśniejszego i najkłopotliwszego dla rodziców i wychowania okresu. Książka może oddać wybitne usługi wszystkim tym, w których ręku leży nadzór nad zdrowiem i rozwojem fizycznym młodzieży — a więc rodzicom, wychowawcom, lekarzom szkolnym, nauczycielom ćwiczeń ruchowych i t. d.

*N. N.*

---

## PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

### Biologja.

*Rola odruchów warunkowych w odporności.* S. METALNIKOW. Pres. Méd. Nr. 94. 1934.

Autor omawia powstawania odruchów warunkowych Pawłowa i podkreśla, że do ich pojawienia się potrzebne są: 1) bodziec zewnętrzny (akustyczny, termiczny i t. p.), 2) podnieta wewnętrzna i 3) wielokrotne powtarzanie takich prób przy takich samych warunkach doświadczalnych. Bodziec zewnętrzny musi poprzedzać zawsze właściwą czynność wywołującą odruch. Do wyuczenia takiego odruchu nie wszystkie zwierzęta nadają się, ich półkule mózgowe muszą czynnie współpracować (senność albo nadmierne pobudzenia psychiczne uniemożliwiają powstanie takich odruchów nawet przy długotrwałem ćwiczeniu). Do takich odruchów warunkowych należy zaliczyć nietylko wszystkie przyzwyczajenia, zaprawę i t. p., ale nawet zjawiska odpornościowe. Doświadczenia przeprowadzone u zwierząt (świnek morskich), którym codziennie ogrzewano (lub drapano) tę samą okolicę skóry, a później wstrzykiwano zabite bakterje lub buljon po 20—30 dniach, dowiodły, że u nich powstały odruchy warunkowe na drażnienie skóry i wstrzykiwanie dootrzewnowe, ponieważ po dłuższym czasie zastrzyk wody dawał jeszcze te same reakcje, co u kontrolnych zastrzyk bakteryj. Taksamo reakcje we krwi (wzrost ciałek białych) po zastrzykach bakteryj do krwi u królików przygotowanych poprzednio występują jak odruch warunkowy. Ilość aglutynin i hemolizyn we krwi można również powiększać u zwierząt, u których takie odruchy zostały wywołane. Po zadziałaniu samego bodźca zewnętrznego — przy braku czynnika powodującego powiększenie tych ciał odpornościowych — wzrasta ich miano. Wyniki badaczy niemieckich i amerykańskich są częściowo sprzeczne z badaniami autora, ponieważ stosowali oni nieodpowiednie bodźce zewnętrzne albo też nie liczyli się z tem, że nie wszystkie osobniki są w stanie wykształcić u siebie takie odruchy warunkowe. *Skowroński* (Lwów).

### Patologja.

*O odczynie Takata-Ara'y w gruźlicy płuc w stosunku do zachowania się białek surowicy.* U. de MICHELIS i R. OLIVETTI. Min. Med. Nr. 6. 1935.

Badania autorów wykazały brak współrzędności między dodatnim odczynem T. A. a nasileniem procesu gruźliczego, wobec czego odczyn T. A. w gruźlicy płuc nie ma znaczenia rozpoznawczego ani też prognostycznego. Niema również w gruźlicy płuc żadnej współzależności między odczynem T. A. a ilością białek w surowicy krwi. *Mester* (Kraków).

*Retikulo-endoteljoza przebiegająca z powiększeniem wątroby i śledziony.* FERRANNINI. Min. Med. Nr. 9. 1935.

U kobiety 45-letniej zakażonej kiłą spostrzega się znaczne powiększenie wątroby i śledziony, tudzież obecność wolnego płynu w jamie brzusznej, jakoteż żółtaczkę niewielkiego stopnia. Krew wykazuje znaczną niedokrwistość z lekkiem obniżeniem wskaźnika Hb poniżej 1, c. białych 4.150 w 1 mm³, płytek 198.000 w 1 mm³. Obraz krwi wykazuje 1% komórek śródbłonkowych, pozatem bez zmian. W zakresie c. czerw. lekka anizo- i poikilocytoza. Autor sądzi, że te spleno-hepatomegalje należy zaliczyć raczej do działu chorób krwi, aniżeli do chorób wątroby, włącza je też do zespołów hemolitycznych istotnych podobnie jak niedokrwistość złośliwą i niedokrwistość hemolityczną konstytucjonalną; wszystkie te sprawy chorobowe klinicznie przedstawiają się jako niedokrwistości i iktero-anemje hemolityczne, a anatomicznie jako retikulo-endoteljozy lub histjocytozy lub hemohistjoblastozy całkowite lub częściowe. Autor sądzi, że uszkodzenie wyłączne lub w znacznej części odcinka szpikowego układu siat.-śródbłonkowego powoduje niedokrwistość złośliwą, podczas gdy wyłączne uszkodzenie odcinka śledzionowego powoduje żółtaczkę hemolityczną splenomegaliczną, a uszkodzenie odcinków wątrobowego i śledzionowego, jakoteż prawdopodobnie i chłonnego wraz z szpikowym (retikulo-endoteljoza rozlana) daje obraz spleno-hepatomegalij niedostępnych leczeniu. W takich razach występuje po żółtaczce hemolitycznej splenomegalicznej zespół spleno-hepatomegalji. *Mester* (Kraków).

*O łączności między ostremi białaczkami a szpikowicami aplastycznemi.* G. USSEGLIO i G. OLIVETTO. Min. Med. Nr. 6. 1935.

Autorowie opisują przypadek podostrej białaczki limfatycznej, w przebiegu której w końcowym okresie wystąpił obraz myelozy pseudo-aplastycznej. Omawiając stosunki wzajemne między ostrą białaczką, myelozą aplastyczną i agranulocytozą, dochodzą do wniosku, że ostra białaczka przedstawia klinicznie i anatomo-patologicznie jednostkę chorobową, do której mogą się dołączyć inne dwa objawy jako wyraz wieloczynności układu krwiotwórczego, podrażnionego przez proces białaczkowy. *Mester* (Kraków).

*Dzisiejsze poglądy na niedokrwistość złośliwą.* L. ANDRADE i A. SPENCER. Rev. de Medicina y Alimentacion. Nr. 6. 1935.

Autorowie podają dwukrotnie większą ilość n. zł. u kobiet jak u mężczyzn w Ameryce Półn. i Europie, częściej niż w innych częściach świata. W krajach nadmorskich często spotyka się n. zł. spowodowaną przez *botriocephalus latus;* w Indjach częsta jest n. zł. u ciężarnych, podczas gdy w innych krajach spowodu nieznajomości czynnika etjologicznego choroba nadal jest „istotną", kryptogenetyczną. Chińczycy i murzyni bardzo rzadko zapadają na n. zł. tak, że Spar opublikował jako wielką rzadkość przypadek n. zł. u Azjaty. *Mester* (Kraków).

*Bóle stawowe i mięśniowe po preparatach barbiturowych.* P. CASTIN i P. GARDIEN. Pres. Méd. Nr. 79. 1934.

Autorowie opisują jeszcze 8 przypadków (do poprzednio opisanych kilkunastu przez innych) silnych bólów po dłuższem zażywaniu gardenalu, luminalu, rutonalu lub prominalu. Zwykle zjawiają się one po 4 mies., a nawet 2 latach i zmuszają do zaprzestania leczenia lub zmniejszenia dawek. Najczęściej lokalizują się w okolicy łopatek, ud, ramienia, rzadziej w kolanach, pośladkach i inn. Płeć niema żadnego znaczenia, natomiast zdarza się to przeważnie w wieku starszym po 40 r. ż. Czynnikiem wywołującym lub ułatwiającym może być niedomoga wątroby i nerek. *Skowroński* (Lwów).

### Choroby wewnętrzne, nerwowe i dziecięce.

*Kilka przypadków grzybicy płuc.* E. SERGENT i H. MAMOU. Pres. Méd. Nr. 77. 1934.

Autorowie opisują 4 przypadki grzybicy płuc i klatki piersiowej. Klinicznie mogą one przedstawiać się jako gruźlica jamista lub ropnie płuc albo też kiła. Stwierdzenie grzybków w plwocinie przy równoczesnem braku prątków gruźlicy, negatywny wynik szczepienia świnek morskich, nietypowy obraz rentgenowski i przebieg choroby, równoczesne zmiany na skórze w niektórych przypadkach pozwalają rozpoznać to schorzenie. Często zawód chorego może dawać pewne wskazówki, narażeni są bowiem hodowcy gołębi, pracujący z włosiem, wełną oraz rolnicy. Jeśli nawet nie można z pewnością rozpoznać takiej grzybicy, a można wykluczyć gruźlicę płuc, to zawsze należy spróbować leczenia przeciwgrzybicowego jodkiem potasu doustnie i dożylnie w dużych dawkach, co pozwala przy dłuższem stosowaniu wyleczyć, a przez to i rozpoznać grzybicę. *Skowroński* (Lwów).

*Wyprysk u osesków i alergja.* A. SÉZARY. Pres. Méd. Nr. 83. 1934.

Na podstawie badań pedjatrów amerykańskich i innych przyjęto ogólnie uważać wyprysk osesków za uczulenie na białko kurze, próby biologiczne skórne dają przeważnie odczyny dodatnie. Autor omawia te próby i wykazuje, że odczyny te posiadające charakter bąbla zależne są od naczyń włosowatych skóry, a nie od uczulenia naskórka, jak to jest we właściwym wyprysku, gdzie wyraża się to wystąpieniem odczynu rumieniopęcherzykowego. U osesków jest to rodzaj skazy, za czem przemawiają zaburzenia występujące często nagle np. śmierć na skutek zmiany pożywienia (jakby wstrząs), podwyższenia ciepłoty, chwiejność wagi, przypadłości jelitowe, białkomocz i t. p. Przy

uczuleniu na białko kurze u dorosłych niema takich zaburzeń. Niema żadnych dowodów, że alergenem jest białko kurze u takich osesków, ponieważ nie stykają się one z niem. Przyjmuje się, że czynnikiem wywołującym jest białko mleka lub inne białka (np. bakteryjne), ale w rzeczywistości patogeneza tak wyprysków, jakoteż tych zaburzeń jest niejasna.

*Skowroński* (Lwów).

*Leczenie stanów alergicznych substancją Oriela.* P. SAVY i H. THIESR. Pres. Méd. Nr. 90. 1934.

Autorowie podają wyniki otrzymane w dychawicy, katarze siennym, wypryskach i innych chorobach alergicznych przez wstrzykiwanie wyciągu moczu chorego. Według Oriela w moczu zebranym w ostrym okresie chorobowym znajduje się substancja natury białkowej (proteoza), która może być uważana za specyficzny antygen. Leczenie takie jest przeto odczuleniem organizmu przez swoisty własny antygen wtórny powstający według przypuszczeń Oriela w wątrobie. Zastrzyki śródskórne i podskórne wywołują czasem reakcje miejscowe (w 25—50%), rzadziej ogólne. Wynik leczniczy nie zależy jednak od tych reakcyj, ponieważ może być dodatni przy braku odczynów. Wyciągi z moczu przyrządza się według autorów *(Réunion Derm.* 1933). Wyciąg taki rozcieńcza się 1:100—1000000, wstrzykując 1/20 cm³ do 1 cm³. Zazwyczaj potrzeba 20—25 zastrzyków. Leczenie takie usuwa objawy lub wywołuje poprawę, ale nawroty są możliwe, ponieważ nie zmienia ono podłoża chorego łatwo się uczulającego.

*Skowroński* (Lwów).

*Ostre zapalenie wyrostka robaczkowego u dzieci.* MAES U. BRYCE F. i E. M. Mc. FETRIDGE. Surg. Gyn. a. Obstr. LVIII/1. 1934.

Autorowie rozpatrują krytycznie 250 przypadków ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego u dzieci i zwracają uwagę, że schorzenie to ma znacznie cięższy przebieg u dzieci poniżej lat 12 aniżeli u starszych. Przyczynia się do tego nietylko złośliwość zakażenia, lecz także trudności w rozpoznawaniu i wynikła stąd strata czasu w zastosowaniu leczenia operacyjnego. Podnoszą przytem wielką szkodę, jaką wyrządza w takich przypadkach tak częste stosowanie środków przeczyszczających, a wkońcu podkreślają, że wynik ostateczny zależy od szybkości zastosowania zabiegu operacyjnego.

*W. Bross* (Lwów).

*Choroba Basedowa i serce.* PARADE. Med. Klin. Nr. 42. 1934.

Najczęstszym objawem choroby Basedowa jest przyspieszenie tętna. Dołącza się do niego uczucie gorąca, często podgorączkowe stany, niepokój, drżenie, błyszczenie oczu, wypadanie włosów. Drugim ważnym objawem jest powiększenie rozpiętości ciśnienia krwi. Rozpiętość między skurczowem a rozkurczowem ciśnieniem przypomina stosunki ciśnienia krwi w niedomykalności zastawek tętnicy głównej.

Równocześnie z przyspieszoną czynnością wznosi się szybkość obiegu krwi.

W samem sercu udaje się niekiedy rentgenologicznie stwierdzić rozszerzenie serca i uwypuklenie łuku tętnicy płucnej. Rozszerzenie serca znika lub znacznie zmniejsza się po operacji gruczołu tarczowego.

To samo stosuje się do czynności serca, która z szybkiej, jakby skaczącej, przechodzi po operacji w spokojną. Znika również skurczowy szmer nad podstawą serca po opanowaniu obrazu zatrucia wydzieliną gruczolu tarczowego. Niemiarowość tętna i zdarzające się migotanie przedsionków nie jest przeciwwskazaniem do usunięcia tarczycy — jedynie zjawiska niedomogi muszą być przed operacją opanowane. Małe dawki jodu albo lepiej dijodtyrozyny usuwają przyspieszenie czynności serca w ciągu kilku dni.

Jod lub dijodtyrozyna w połączeniu z chinidyną opanowują migotanie przedsionków.

Przetwory naparstnicy tak długo nie odnoszą skutku, jak długo istnieje zatrucie ustroju wydzieliną gruczolu tarczowego.

Leczenie jodem lub wycięcie tarczycy musi poprzedzać skuteczne leczenie przetworami naparstnicy.

*J. Jaskólska* (Kraków).

*Koramina w zatruciu grzybami (muskaryną).* E. LEONHARTSBERGER. Aerztliche Nachrichten. Nr. 24. 1934.

Autor opisuje, że rodzina składająca się z ojca, matki i 21-letniej córki, zachorowała po spożyciu grzybów przez siebie zebranych. Wszyscy troje przywiezieni zostali na oddział szpitalny w stanie zupełnej zapaści, nieprzytomności i braku wszelkich odruchów. Wszyscy pacjenci otrzymali podskórnie kardjazol, płókanie żołądka oraz injekcje kofeiny ze strychniną. Córka szybko przyszła do siebie, natomiast rodzice w dalszym ciągu byli nieprzytomni i bez tętna. Wówczas wstrzyknięto dożylnie 5,5 cm³ koraminy. Ledwie ukończono wstrzykiwania, chorzy otworzyli oczy i wypowiedzieli kilka słów bez związku. Tętno poprawiło się. Oboje pacjenci zapadli niebawem w stan nieprzytomności, jednak przy znacznie lepszym stanie krążenia. Wszyscy troje opuścili niebawem szpital wyleczeni.

*W. Kurowski* (Warszawa).

**Chirurgja, położnictwo i ginekologja, stomatologja.**

*Zapobieganie krwawieniom atonicznym III. okresu porodowego zapomocą dożylnego wstrzykiwania hipofizyny.* Ed. DOERR. Zbl. f. Gyn. Nr. 1. 1935.

W 3128 przypadkach wstrzyknięcie dożylne hipofizyny bezpośrednio po porodzie spowodowało wprawdzie skrócenie III. okresu porodowego, jednak pozatem nie widzi a. żadnych innych korzyści tej metody. Po 269 porodach operacyjnych ilość krwawień powyżej 1000 cm³ spadła z 9,15% do 2,2%. Jednakże i ta okoliczność nie usprawiedliwia celowości i konieczności zapobiegawczego wstrzykiwania hipofizyny po porodzie. Wstrzykiwanie zapobiegawcze hipofizyny po porodach samoistnych zostało przez autora zaniechane.

*M. Segal* (Lwów).

*Działanie hormonów tylnego płatu przysadki mózgowej na mięsień macicy a środki odurzające.* M. S. KOWALSKI. Ginek. Pol. XIII. Z. 10—12. 1934.

Autor starał się wyjaśnić, czy najczęściej używane środki do znieczulenia miejscowego w zabiegach ginekologicznych i położniczych oddziaływują na skurcze macicy, wywołane wyciągami tylnego płatu przysadki.

Z środków znieczulających użyto: alokainy Lumiera, perkainy Ciba, jako wyciągów przysadki użyto Glanduantiny Richtera i orastiny Bayera. Doświadczenia przeprowadzono na zanurzanych w płynie Ringera wyciętych macicach pięciomiesięcznych dziewiczych królic; kawałek rogu macicy był przymocowany do igły kymografu, zapisującej skurcze na walcu okopconym.

W wyniku doświadczeń stwierdzono, że działanie wyciągów tylnego płatu przysadki w obecności środków znieczulających jest wybitnie osłabione, krócej trwające skutkiem prawdopodobnie zniesienia wrażliwości mięśnia macicy na bodźce powodujące jego skurcze.

*M. Segal* (Lwów).

*Wpływ diatermji na czynność wydzielniczą gruczołu sutkowego.* J. RYDZEWSKA. Ginek. Pol. T. 13. Z. 10—12. 1934.

W 45 przypadkach zastosowano diatermję gruczołu sutkowego po stwierdzeniu niedostatecznej ilości wydzielanego pokarmu. We wszystkich przypadkach stwierdzono zwiększenie wydajności gruczołów mlecznych. Ilość nagrzewań wynosiła od 2—6, czas trwania 10—15 min. przy 0,5—1,5 amp.

*M. Segal* (Lwów).

*Przypadek równoczesnego wystąpienia pierwotnych raków sutka i części pochwowej macicy.* Zb. RYCHŁOWSKI. Ginek. Pol. T. 13. Z. 10—12. 1934.

Opis rzadkiego przypadku raka pierwotnego sutka z przerzutami do gruczołów pachowych, z jednoczesnym rakiem szyjki macicy również pierwotnym. Wykonano doszczętne usunięcie piersi wraz z gruczołami pachowemi, pozatem naświetlanie szyjki macicy Roentgenem i radem. Badanie drobnowidowe skrawka z części pochwowej wykazało raka płaskokomórkowego, natomiast w skrawku z gruczołu sutkowego stwierdzono raka o typie gruczołowym. Przerzut do gruczołu pachowego pochodził z raka piersi.

W opisanym przypadku chodzi o 2 niezależne od siebie nowotwory (3 mikrofotografje).

*M. Segal* (Lwów).

*O zawartości hormonów płciowych we krwi ciężarnych.* A. JEGOROW. Žurn. Akusz. i Żeńsk. Bol. T. XLV. Nr. 6. 1934.

Doświadczenia na myszkach infantylnych wykazały, że nawet bardzo znacznie rozcieńczona surowica ciężarnych daje odczyn na prolan. Na podstawie swoich doświadczeń twierdzi autor, że surowica ciężarnych zawiera bardzo znaczne ilości prolanów A i B, bo dochodzące do 40—80.000 j. m. w jednym litrze, i to nietylko w początku ale również w końcu ciąży. (Liczba ta znacznie przewyższa ilość jednostek prolanu podawanych przez innych autorów. Ref.). Stwierdzenie tak znacznych ilości prolanu ma, zdaniem autora, dużą wartość praktyczną. Korzystając z krwi ciężarnych dla celów leczniczych możemy wprowadzić do organizmu znacznie większe ilości prolanu, niż stosując preparaty farmaceutyczne. Dalszym wnioskiem ważnym dla celów praktycznych jest stwierdzenie że duża ilość prolanów występuje nietylko w ciąży wczesnej, ale również w drugiej połowie ciąży, co

ułatwia znalezienie odpowiedniego dawcy z wykonanym odczynem WR. Dalej stwierdził autor mniejwięcej proporcjonalne rozmieszczenie prolanu między elementami płynnemi i morfotycznemi krwi i że dodanie cytrynianu sodowego nie wpływa na aktywność prolanu.

Wynika stąd, że dla celów leczniczych korzystniejsze jest stosowanie krwi świeżej całkowitej lub z dodaniem cytrynianu sodowego, niż surowicy, gdyż elementy morfotyczne krwi również zawierają znaczną ilość prolanu. *M. Segal* (Lwów).

*Utrzymanie ciąży po wyłyżeczkowaniu macicy.* W. GURLADIJA. Sow. Wracz. Gaz. Nr. 23. 1934.

Zdaniem autora nie należy przerywać ciąży wcześniej, jak w 45 dni po ukończeniu ostatniego perjodu; w okresie wcześniejszym może mieć miejsce nierozpoznana ciąża pozamaciczna albo nawet zupełny brak ciąży. Na materjale a. obejmującym 8000 przypadków przerwania ciąży w 4 przypadkach ciąża została utrzymana pomimo zabiegu. Częstą przyczyną utrzymania ciąży po skrobance są wady rozwojowe macicy, a mianowicie obecność przegrody w jamie macicy przy jednym wspólnym kanale szyi macicy. Na 8000 przerwań ciąży podobnych przypadków było 3, przyczem w 2 przypadkach ciąża została utrzymana.

*M. Segal* (Lwów).

*Równowaga kwasowo - zasadowa przy niektórych toksemjach ciążowych.* R. LURJE, A. KRAWEC, W. REINEKE. Żurn. Akusz. i Żeńsk. Bol. T. XLV. Nr. 6. 1934.

Znajomość równowagi kw. - zasadowej organizmu i jej znaczenie jako jednego z ważniejszych czynników warunkujących zdrowie — opisywane były już w wieku XVII. Badanie kwasoty krwi wykazuje, że zwiększenie kwasoty towarzyszy ciężkości stanu klinicznego. We wszystkich przypadkach, które zakończyły się eklampsją, stwierdzono najznaczniejsze obniżenie zasobu zasad, pęcherzykowego $CO_2$ i zwiększenie amoniaku w moczu. Systematyczne badanie zasobu zasad, $CO_2$ i amoniaku daje możność przewidzieć rzucawkę porodową i ustalić wskazanie do przerwania ciąży. Niskie wartości amoniaku w moczu przy jednocześnie zmniejszonym zasobie zasad i pęcherzykowego $CO_2$ — przemawiają za porażeniem nerek. *M. Segal* (Lwów).

*Nowe dane o zmianach biochemicznych krwi przy wymiotach niepowściągliwych ciężarnych.* P. ŻAROW, A. KOROLEWA. Sow. Wracz. Gaz. Nr. 22. 1934.

Spostrzegano 43 przypadki wymiotów niepowściągliwych ciężarnych; pod względem konstytucjonalnym można było podzielić pacjentki na następujące grupy: asteniczek 33, pykniczek 7, atletyczek 2, hipoplastyczek 1. Jak widać z powyższego zestawienia, konstytucja nie jest czynnikiem obojętnym w etjologji wymiotów niepowściągliwych ciężarnych. U wszystkich pacjentek przeprowadzono następujące badania biochemiczne krwi: poziom cukru, wapnia, potasu, azot resztujący, zasób zasad, pozatem zawartość chlorków i bilirubiny. U 26 pacjentek (60,7%) wymioty ustały samoistnie, po zastosowaniu spokoju i diety jarskiej, u pozostałych 17 wymioty nie ustały i trzeba było przeprowadzić odpowiednie leczenie. Badanie krwi przeprowadzone u tej grupy pacjentek wykazało: wahania poziomu cukru w granicach normy, znaczne zmniejszenie soli potasu dochodzące do 12 mg% (norma 18 — 25 mg%, Cramer), natomiast ilość soli wapniowych przewyższała normę. Obniżenie więc współczynnika (K : Ca) świadczy o ciężkości procesu, a w miarę zmniejszania się tego współczynnika rokowanie staje się gorsze. Zasób zasad, azot pozabiałkowy nie wykazują większych odchyleń od normy.

Uzyskiwany czasami wynik leczniczy atropiną polega na działaniu atropiny na układ wegetatywny. Jeżeli uwzględnimy zmiany, jakie zachodzą w chemizmie krwi przy wymiotach niepowściągliwych ciężarnych, to podawanie atropiny zdaniem aut. wydaje się bezcelowem. Główne zadanie lecznicze polega na zmianie biochemizmu krwi zapomocą wprowadzenia do ustroju zasad i soli potasu.

Aut. stosowali surowicę z pępowiny, zawierającą znaczną ilość soli K i osiągnęli dobre wyniki lecznicze. O ile leczenie zachowawcze zawodzi, stan ciężarnej pogarsza się, należy usunąć źródło zatrucia — przerwać ciążę.

*M. Segal* (Lwów).

*Polipy żołądka.* BENEDICT E. i ALLEN A. W. Surg. Gyn. a. Obstr. LVIII/1. 34.

Z objawów, występujących przy polipach żołądka, wysuwają się na plan pierwszy brak apetytu, bóle w dołku podsercowym, nudności i wymioty, obecność krwi w stolcu, wreszcie spadek na wadze i osłabienie ogólne. Badanie treści żołądkowej wykazuje niską kwasotę lub brak kwasu solnego. Obraz cytologiczny krwi przypomina niedokrwistość złośliwą (na 17 przyp. obserwowanych przez autorów rozpoznano w 5 przypadkach niedokrwistość złośliwą). Badanie promieniami Rtg. ułatwia rozpoznanie, choć często nie jest w stanie rozstrzygnąć między rakiem a nowotworem dobrotliwym. Opierając się na wynikach badania drobnowidowego 17 przypadków polipów żołądka, u których stwierdzono 7 razy zwyrodnienie złośliwe (41,2%), dochodzą autorowie do wniosku, że wskazany jest jaknajwcześniejszy doszczętny zabieg operacyjny. *W. Bross* (Lwów).

*Rak odbytnicy.* R. C. COFFEY. Surg. Gyn. a. Obstr. LVIII 2 A. 34.

Zastanawiając się nad sposobem postępowania operacyjnego w przypadku raka odbytnicy, autor zadaje sobie pytanie, czy postępowanie kroczowo-brzuszne w dwóch posiedzeniach ma więcej zalet aniżeli inne metody. Z obszernej statystyki jego przypadków wynika, że metoda kroczowo - brzuszna przewyższa inne metody, gdyż daje się zastosować nawet w tych przypadkach, które innemi metodami nie dają się już doszczętnie operować. Skutkiem tego odsetek przypadków, nadających się do operacji wzrasta do 50% przy śmiertelności pooperacyjnej 10%; ilość wyleczeń trwałych (ponad 5 lat) przy tem postępowaniu jest wyższa. *W. Bross* (Lwów).

*O wpływie luteaminy, wodnej frakcji wyciągu jajnikowego na jajniki.* BAGIŃSKI. Schweiz. Med. Wochr. Nr. 43. Str. 994—995. 1934 r.

Autor przeprowadzał systematyczne badania jajników zwierząt, którym wstrzykiwano agomensynę przez dłuższy czas. Jako materjał służyły koty, króliki, świnki morskie, szczury i myszy. Po długotrwałem podawaniu większych ilości agomensyny badano drobnowidowo jajniki. Okazało się, że agomensyna pobudza owogenezę, natomiast przedawkowanie doprowadza do zaniku większych ilości pęcherzyków i do obumarcia licznych komórek jajowych. Jako wynik tych zmian występuje u ludzi i człekokształtnych krwawienie, u ssaków i innych zwierząt przekrwienie narządów rodnych bez rui. 3 mikrofotografje uzupełniają badania autora.

Na zakończenie poruszono kliniczne stosowanie agomensyny w braku miesiączki, skąpej miesiączki i innych zaburzeniach miesiączkowych oraz niedorozwoju, zaburzeniach przekwitania, wymiotach ciężarnych i innych. *Kurowski* (Warszawa).

*Znieczulenie lędźwiowe w położnictwie i ginekologji.* PREISSECKER E.

W II. Klinice Chorób Kobiecych Uniwers. Wiedeńskiego dokonano 1.800 operacyj ginekologicznych w znieczuleniu lędźwiowem przy użyciu perkainy. Perkaina stosowana była pod postacią $^1/_2$% izotonicznego roztworu w ilości 1,0 — 1,8 $cm^3$ bądź w modyfikacji Jones'a. Do mniejszych operacyj, przedewszystkiem pochwowych używano 1,2 — 1,4 $cm^3$ $^1/_2$% roztworu, do większych operacyj brzusznych 1,6 $cm^3$, w przypadkach raka 1,8 $cm^3$. Wyniki otrzymano dobre. *Kurowski* (Warszawa).

*Przecinanie zrostów opłucnowych sposobem elektrochirurgicznym.* R. C. MATSON. Surg. Gyn. a. Obstr. LVIII/3 34.

W 1.500 przypadkach gruźlicy płuc, leczonych odmą, 40% niekorzystnych wyników pod postacią niedostatecznego zapadnięcia się płuca — spowodowanych było zrostami opłucnowemi. Ponieważ mimo kilkakrotnego zakładania odmy nie uzyskuje się rozciągnięcia się zrostów, za wyjątkiem małych, polecał Jacobaeus już w 1913 r. przecinanie zrostów zapomocą galwanokaustyki. Mimo szerokiego stosowania tego sposobu ma on, zdaniem autora, wiele stron ujemnych, mianowicie przy zabiegu wytwarza się dym, zasłaniający pole operacyjne, pozatem występują krwawienia z niedostatecznie zaczopowanych naczyń, których to krwawień można wprawdzie uniknąć przy użyciu wysokiego gorąca, co jednak powoduje niebezpieczeństwo martwicy tkanki płucnej. Z tych powodów autor stosuje od 4 lat przy przecinaniu zrostów metodę elektrochirurgiczną, stosowaną z powodzeniem w chirurgji mózgu i raka. Sposób wykonania jest następujący: Po założeniu odmy i wykonaniu zdjęć rentgenowskich przy pomocy torakoskopu, wprowadzonego przez ścianę klatki piersiowej do do jamy opłucnej, autor ogląda rozległość i postać zrostu. Rodzaj zrostu odgrywa ważną rolę przy jego przecinaniu; autor odróżnia kilka rodzajów zrostów, z których każdy przecina w sposób odrębny. 1) Zrosty pajęczynowe, niezawierające tkanki płucnej, dadzą się bez trudności na tępo oddzielić. 2) Zrosty sznurowe, zwykle okrągłe, czasem zawierają naczynia krwionośne. 3) Zrosty strunowe, technicznie ważne, zwykle liczne, przeszkadzają zapadaniu się płuca. 4) Zrosty taśmowate, zawierające czasem tkankę płucną i naczynia krwionośne, powinny być

przecinane tuż przy ścianie klatki piersiowej. 5) Zrosty w kształcie wachlarza posiadają małe naczynia w swoim wolnym brzegu; przecinanie tych zrostów winno być wykonane na granicy dobrze widocznego przejścia zrostu w tkankę płucną. 6) Zrosty stożkowate, zdarzające się nad kawernami, zawierają ich uchyłek, a przecięcie ich jest bezpieczne, gdy jest wykonane blisko ściany klatki piersiowej. 7) Zrosty w kształcie szpulki, zawierają naczynia i tkankę płucną i powinny być przecięte jak poprzednie. Zrosty zaś firankowate i rozległe nie nadają się do przecięcia. Sam zabieg przecinania zrostów przedstawia się następująco: Po wprowadzeniu torakoskopu i rozpoznaniu rodzaju i umiejscowienia zrostu, autor oznacza rzut zrostu na ścianie klatki piersiowej przy pomocy obmacywania odpowiedniego przestworu międzyżebrowego, przyczem położenie palca zaznacza się w obrazie torakoskopowym jako błyszczące wypuklenie. Następnie po znieczuleniu wprowadza trójgraniec otoczony rurką sporządzoną z materjału będącego złym przewodnikiem elektryczności w miejscu najbliższem zrostu, określonem w sposób poprzednio omówiony. Po przebiciu ściany klatki piersiowej, usuwa trójgraniec, a przez pozostawioną w ranie rurkę wprowadza elektrodę zaopatrzoną w urządzenie pozwalające na swobodne jej zginanie, poczem pod kontrolą torakoskopu przecina zrost.

Zakładana w 1.500 przyp. odma opłucnowa nie dała zadowalającego zapadnięcia się płuca w 249 przyp. Postępując według wyżej opisanego sposobu, autor zdołał uzyskać z tej liczby jeszcze w 70% dodatnie wyniki. *W. Bross* (Lwów).

*Wykresy porodu.* R. KOENIG. Rev. Fr. de Gyn. Z. 7. 1934.

Od roku autor dołącza do każdej historji choroby kartę graficzną, która uwzględnia następujące rubryki: początek bólów porodowych, ilość, czas trwania i charakter ich, tętno i położenie płodu, wysokość pierścienia skurczowego, stosunek główki do kanału rodnego, rozwarcie ujścia, czas pęknięcia pęcherza płodowego, wydalenie płodu i łożyska. Odnotowuje się mniejwięcej co pół godziny. Sposób ten jest bardzo łatwy i przejrzysty, gdyż jednym rzutem oka pozwala ocenić przebieg całego porodu.

*H. Newlińska* (Lwów).

*Przypadek miednicy kręgozmykowej pochodzenia urazowego.* GAJZAGÓ E. Mschr. f. Geb. u. Gyn. T. 95. Z. 1—2.

Opis przypadku zwichnięcia się V-tego kręgu lędźwiowego ku przodowi u 46 letniej kobiety, która się zgłosiła do kliniki spowodu mięśniaka macicy. Kobieta ta przed 20 laty doznała silnego urazu, po którym odczuwała bóle w krzyżach, zwłaszcza przy podnoszeniu ciężarów i ruchach tułowiem. Ze względu na małe objawy podmiotowe chora nie szukała porady lekarskiej. W tekście dwa zdjęcia rentgenowskie.

*J. Lenczowski* (Lwów).

*Przypadek zwapniałego mięśniaka macicy w czasie ciąży, porodu i połogu.* FUGE. Mschr. f. Geb. u. Gyn. T. 95. Z. 1—2.

Kazuistyczny przypadek. Zwapienie mięśniaka wykryto w ciąży przypadkowo zapomocą zdjęcia rentgenowskiego. Poród i połóg do drugiego tygodnia przebiegał prawidłowo Później wystąpiły dreszcze i gorączka, która trwała około 2 tygodni. Chora wyzdrowiała. Ze względu na całkowite zwapnienie guza, autor wykluczał możliwość jego zakażenia, a uważa, że gorączka u tej chorej wystąpiła raczej jako wyraz zakażenia wnętrza macicy, do czego mięśniak mógł się przyczynić tem, że powodował gorsze zwijanie się macicy.

*J. Lenczowski* (Lwów).

*Przypadek pierwotnego raka obu trąbek.* L. DANCKWARDT. Mschr. f. Geb. u. Gyn. T. 95. Z. 1—2.

Szczegółowy opis rzadkiego przypadku pierwotnego raka obu trąbek u 47-letniej kobiety. Choroba przejawiała się chudnięciem, żółtawemi upławami międzymiesiączkowemi i bólami dołem brzucha. Klinicznie przypuszczano guz złośliwy lewego jajnika. Rozpoznanie właściwe postawiono dopiero po operacji na podstawie badań drobnowidowych. Obydwie trąbki przekształcane były w guzy kiełbaskowate z zarośniętem ujściem brzusznem. Jajniki oba bez zmian. Brak przerzutów. Wyjęcie macicy wraz z przydatkami nie sprawiało większych trudności. Drobnowidowo stwierdzono raka trąbek o budowie mieszanej gruczołowo-brodawczakowatej. Półroczna obserwacja nie ujawniła obecności przerzutów. *J. Lenczowski* (Lwów).

*Przyczynek do sprawy raka w kikucie poamputacyjnym.* K. HAUN. Mschr. f. Geb. u. Gyn. T. 95. Z. 1—2.

Po opisaniu trzech przypadków raka w kikucie szyjki macicy po amputacji, zastanawia się autor nad częstością występowania tego schorzenia, a tem samem i celowości nadpochwowego odcięcia macicy. Ze względu na to, że większość amputacyj wykonywa się w przypadkach mięśniaków macicy, które to schorzenie, jak sądzi wielu, szczególnie usposabia do tworzenia się raka, wielu operatorów wypowiada się za zarzuceniem amputacji, i radzi wykonywać całkowite wycięcie macicy. Temu zapatrywaniu autor sprzeciwia się bezwarunkowo. Kontrolne badania kolposkopowe 205 przyp., w których wykonano amputację, wykryły 5 przyp. początkowego raka, co stanowi 2,4% tych chorych. Zgodnie zaś z Hinselmannem ogólny odsetek początkowych okresów raka szyjki macicy, obliczony na podstawie długoletnich badań kolposkopowych i obejmujący zgórą 14.000 przypadków, wynosi od $1^1/_2$ — 2%, a więc odsetek zbliżony do poprzedniego. Na podstawie tego porównania autor uważa, że twierdzenie, jakoby mięśniaki macicy, a w szczególności amputacja nadpochwowa, usposabiały do powstawania raka w szyjce, jest zgoła błędne. Rak macicy występuje jednakowo często w kikucie, jak i w macicach nieoperowanych. Najdzielniejszym środkiem, służącym do zwalczania raka, jest wczesne jego wykrycie. Do tego służą systematycznie wykonywane badania kolposkopowe u każdej nawet zdrowej kobiety co 1—2 lat, jak tego żąda Hinselmann. Tylko w ten sposób daje się wykryć pierwszy okres raka, a wtedy zwyczajne wycięcie kikuta w zupełności wystarcza dla definitywnego usunięcia grożącej choroby.

*J. Lenczowski* (Lwów).

*Zespół Klippel-Feil'a, wgłębienie podstawowe a schorzenia wewnątrzwydzielnicze.* P. MERIO i E. RISAK. Ztschr. f. kl. M. Bd. 126. S. 455—468.

Wrodzone zniekształcenie kręgosłupa szyjnego jak: zmiana ilości kręgów, zlewanie się ich poszczególnych części, rozszczepienie i nieprawidłowe ukształtowanie pierwszych żeber, nazywa się zespołem Klippel-Feila. Wgłębienie podstawowe jest to wpuklenie okolicy otworu potylicznego wielkiego do jamy czaszki. Opis 2 przyp. z zespołem Klippel-Feila i wgłębieniem podstawowem, połączonem z obrzękiem śluzakowatym. Wykrzywienie kręgosłupa już w życiu płodowem powoduje zaburzenie w krążeniu i niedorozwój organów szyjnych. Opis 1 przyp. z zespołem Klippel-Feila, wgłębieniem podstawowem, rozległemi nieprawidłowościami kręgosłupa i objawami eunuchoidyzmu. Skrzywienia kręgosłupa i niedom. tarczycy nie było. Wgłębienie podstawowe stało się przyczyną zaburzeń w systemie *hypothalamus-hypophysis*, a następnie doprowadziło do eunuchoidyzmu.

*H. Długosz* (Lwów).

*Znieczulenie rdzeniowe zapomocą perkainy.* L. LAMBERT. Liège méd. Nr. 17. 1933.

Autor w rozprawie swojej zdaje sprawę z 53 pomyślnych przypadków stosowania znieczulenia lędźwiowego podług Quarelli. Perkaina w roztworze 1:200 była o wiele mniej trująca, aniżeli poprzednio używana stowaina. Z naciskiem zaznacza a. zalety długotrwałego przytłumienia wrażliwości bólowej po zabiegach. Stan taki trwa zwykle 8—10 godzin.

*F. Sienicki* (Warszawa).

*Klinika wewnętrzna niedomogi jajników.* SCHOLDERER. Med. Klin. Nr. 14. 1934.

Niedomoga jajników może się przejawić albo objawami ze strony narządu rodnego, np. dając zaburzenia krwawień, albo też działając na inne gruczoły dokrewne, wywoływać spaczenie ich czynności. Najczęściej spotykanemi objawami w tych razach są: nadczynność tarczycy i stany zespołowe przysadkowo-jajnikowe. Należy wtedy w leczeniu, poza jajnikami, wprowadzać zaangażowane chorobowo gruczoły. *Z. Godłowski* (Kraków).

*Czas jako czynnik w leczeniu poronień zakażonych.* R. MAHON. Rev. Fr. de Gyn. Z. 11. 1934.

Na podstawie licznych obserwacyj autor dochodzi do wniosku, że w rokowaniu i leczeniu poronień najważniejszą rzeczą jest to, w jaki czas po zakażeniu opróżniono macicę. Wyniki są tem lepsze, im prędzej je wykonano, i dlatego autor stoi na stanowisku, że zwłoka w wykonaniu zabiegu jest najważniejszą przyczyną ciężkich zakażeń po poronieniu.

*H. Newlińska* (Lwów).

*Świąd sromu: uwagi w sprawie etjologji i leczenia.* R. DAVID-CHAUSSÉ. Rev. Fr. de Gyn. Z. 11. 1934.

Przyczyny świądu sromu mogą być rozmaite, najczęściej bywa na tle jakiejś sprawy miejscowej — pasorzyty lub bakterje, dalej przy cukrzycy i zaburzeniach w czynności jajników. Prócz powyższych przyczyn niektórzy autorowie znaleźli w pewnych przypadkach zmiany sklerotyczne w zakończeniach nerwów skórnych, co przemawiałoby za sprawą pochodzenia centralnego;

inni zaś wykazali przewlekłe zmiany zapalne na otrzewnej miednicy małej. Autor podaje kilka recept: zaznacza, że po stosowaniu preparatów jajnikowych nie widział polepszenia, natomiast widział je po stosowaniu śledziony. W przypadkach ostatecznych można wykonać zabieg operacyjny, jak np. wycięcie sromu, przecięcie nerw. *praesacralis* i *pudendus int.*

*H. Newlińska* (Lwów).

*Diatermja i ciąża.* MARC ROSSET. Rev. Fr. de Gyn. Z. 11. 1934 r.

Autor podaje szereg przypadków, w których sprawy zapalne przydatków i macicy leczono diatermją. Niektóre z tych osób zaszły w ciążę jeszcze przed ukończeniem leczenia tak, że część nagrzewań stosowano już podczas ciąży (czasem do 4—5 mies. ciąży). Ciąża, poród i połóg przebiegały zupełnie prawidłowo, żadnych wpływów szkodliwych na matkę lub dziecko autor nie zauważył.

*H. Newlińska* (Lwów).

*W sprawie operacyjnej metody sterylizacji u kobiet. (Wpuklenie trąbki z zeszyciem lejka).* H. CRAMER. Zbl. f. Gyn. Nr. 39. 1934.

Wszelkie zabiegi operacyjne na trąbkach jak wycięcie, resekcja i amputacja są połączone z uszkodzeniem a nawet przerwaniem anastomoz pomiędzy *a. uterina* i *a. spermatica* i podwiązaniem połączeń żylnych. Kilkudziesięcioletnie obserwacje a. wykazały, że te zaburzenia w krążeniu nie pozostają bez wpływu na narząd rodny kobiety. Szczególnie po wycięciu klinowem trąbek obserwował a. obrzęki i zmiany metrytyczne macicy z tak znacznemi krwawieniami, — że zaszła konieczność usunięcia macicy. Godną zalecenia jest metoda resekcji podotrzewnowej Peitmana i Flataua — zawęźlenia trąbki.

A. wykonał sterylizację w 3 przypadkach metodą następującą: odcięcie strzępków *(fimbriae)*, wpuklenie kikuta możliwie głęboko do światła trąbki i zaszycie lejka cienkim jedwabiem. Ostatnią sterylizację tą metodą wykonał a. przed 7 laty. We wszystkich przypadkach niepłodność zachowana. Jakichkolwiek zaburzeń funkcjonalnych narządu rodnego nie zaobserwowano.

*M. Segal* (Lwów).

*O zastosowaniu tyreoidyny w położnictwie.* A. NIKOŁAJEW. Wracz. Dieło. Nr. 6. 1934.

W 60 przypadkach galaktostazy autor podawał tyreoidynę w dawce 0.3 dwa razy dziennie i stwierdził ustąpienie bolesności i napięcia gruczołów mlecznych wywołanych nadmiarem pokarmu. Na czem polega działanie tyreoidyny, nie można ściśle określić. Możliwe, że następuje szybsze wydalenie płynów przez nerki i gruczoły potowe; pod wpływem tyreoidyny następuje zwiększone wydalanie chlorków z moczem, zubożenie tkanek w chlorki, a co zatem idzie, zmiana ciśnienia osmotyczno-onkotycznego powodująca odwodnienie tkanek. W każdym razie tyreoidyna znacznie zmniejsza wydzielanie pokarmu. Przykrego działania ubocznego tyreoidyny przytem nie stwierdzono.

*M. Segal* (Lwów).

*Przypadek pierwotnej hematurji, spowodowanej niedomogą nadnerczy, wyleczonej wyciągiem z kory nadnercza.* A. J. AGAPOW. Wiestnik Chirurgji na cześć Grekowa. T. 34. Z. 100. 1934.

Autor opisuje przypadek krwiomoczu u 43-letniego chorego, który zgłosił się z objawami ogólnego osłabienia, zawrotami głowy, obrzękami nóg, hematurją oraz gorączką do 38°. Badanie krwi wykazało: Hb 46%, erytrocytów 3.200.000, leukocytów 5.800, azot pozabiałkowy 54 mg %. W moczu ślad białka, c. wł. 1.013, oddziaływanie kwaśne, pod mikroskopem pole widzenia zasiane erytrocytami. Badanie cystoskopowe wykazało: pęcherz bez zmian, lewy moczowód wydziela krwawy mocz. Pomimo leczenia internistycznego i kilkakrotnej transfuzji krwi stan chorego ciągle pogarszał się, wobec tego dokonano wyjęcia lewej nerki. Anemja jednak postępowała w dalszym ciągu. Hb. spadła do 9%, liczba erytrocytów do 980.000. Wobec stwierdzenia niedomogi nadnerczy zastosowano codziennie wstrzykiwania podskórne 1.0 epinefrokiny (wyciąg z części korowej nadnerczy). Już po 3 dniach nastąpiła znaczna poprawa, Hb wzrosła do 18%, liczba erytrocytów do 1,300.000, a po miesiącu chory został całkowicie wyleczony.

*J. Sieniawski* (Lwów).

## Otolaryngologja.

*Przewodnictwo ciepła wyrostków sutkowych i jego znaczenie w sprawach zapalnych wyrostka sutkowego.* K. SZUMOWSKI. Rev. de Lar. Otol. Nr. 5. 19.

Objaw przewodnictwa ciepła Zalewskiego — będący uzupełnieniem innych objawów klinicznych przy ostrem zapaleniu wyrostka sutkowego — oparty jest na spostrzeżeniu, że przewodnictwo ciepła w wyrostku sutkowym chorobowo zmienionym jest gorsze od przewodnictwa w wyrostku zdrowym. Wskaźnik przewodnictwa ciepła to stosunek między czasem wyrażonym w minutach, w ciągu którego wyrostek jest ochładzany przez prąd wody, a obniżeniem się ciepłoty zewnętrznego przewodu słuchowego o 0,1 stopnia, innemi słowy jest to przeciętny czas potrzebny do obniżenia ciepłoty w przewodzie słuchowym zewnętrznym o jedną dziesiątą stopnia. Jeżeli cyfra oznaczająca czas ochładzania jest wysoka, a liczba oznaczająca spadek ciepłoty jest mała, wtedy wskaźnik Zalewskiego jest duży, co świadczy o złem przewodnictwie cieplnem i naodwrót. Złe lub dobre przewodnictwo ciepła daje wskazówki co do stanu badanego wyrostka. Przeprowadzając systematyczne badania podczas zapalenia wyrostka sutkowego można śledzić przebieg choroby i stwierdzać nasilanie się lub osłabianie procesu zapalnego i w ten sposób określić właściwy czas, w którym należy otworzyć wyrostek.

Na dużym materjale Kliniki Otolaryngologicznej Uniwersytetu Lwowskiego przeprowadza Szumowski badania kontrolne i wykazuje precyzyjność objawu Zalewskiego. Pozatem autor podaje szereg technicznych szczegółów, ułatwiających dokładne przeprowadzenie próby.

*Spira* (Kraków).

---

## RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

**Państwowa Naczelna Rada Zdrowia — Protokół posiedzenia Sekcji opieki lekarskiej nad kalekami w dniu 16 czerwca 1934 roku.**

Przewodniczy: Dr. Jan Adamski, Dyrektor Departamentu.

Na porządku dziennym:

1. Referat o statystyce kalectw — Dr. Reklewski, Naczelny Kierownik Inwalidzkiej Wytwórni Protez.
2. Referat o zakładach leczniczych dla kalek — Doc. Dr. Adolf Wojciechowski.
3. Referat o szkoleniu lekarzy w rozpoznawaniu kalectw — Dr. Leon Kalina.
4. Utworzenie Komisyj: a) propagandowej, b) organizacji lecznictwa, c) naukowej.
5. Wolne wnioski.

Po wysłuchaniu referatów, wymienionych w pkt. 1, 2 i 3 porządku dziennego, wygłoszonych przez Dr. Reklewskiego, Doc. Dr. Wojciechowskiego oraz Dr. Kalinę, nastąpiła dyskusja nad temi referatami.

Prof. Dr. Erbrich porusza kwestję należytego orzecznictwa w kalectwie, zwłaszcza w działalności ubezpieczalni społecznych. Mówca zgłasza następujący wniosek:

„Celem należytego przeprowadzenia rozpoznania i następnego prawidłowego leczenia rozmaitego rodzaju kalectw należy utworzyć oddziały specjalne dla orzecznictwa w Ubezpieczalni Społecznej, jako jedynej instytucji do tego powołanej, grupującej odpowiedni materjał, rozporządzającej dostatecznemi środkami do przygotowania i wykształcenia specjalnych sił fachowych orzekających".

Dr. Kosiński porusza kwestję opieki nad dziećmi-kalekami. Akcja w tym kierunku powinna zaczynać się od niemowlęctwa, wobec tego należy uświadomić położną co do rozpoznawania kalectw. Pozatem należy przeszkolić lekarzy samorządowych i t. p.

Teza głosi, że w państwach kulturalnych każdy kaleka ma prawo spodziewać się współuprawnienia; co do opieki zamkniętej, to należy wymienić: zakłady pełnowartościowe, szkoły i pośrednictwo pracy. Ważne znaczenie ma należyte umieszczenie kaleki w pracy; należy utworzyć opiekę lotną nad kalekami. Akcja powinna objąć tylko tych, którzy z własnych funduszów nie mogą się leczyć.

Dr. Reklewski zaznacza, że akcja opieki nad kalekami powinna być skoncentrowana w jednem ręku.

Porusza on sprawę finansową; podkreśla, że lecznictwo w ubezpieczalniach społecznych może dużo zdziałać w tym kierunku.

Dr. Zachert znajduje, że omawiany kwestjonarjusz będzie podstawą do statystyki lekarskiej, która może służyć za materjał w poszczególnych działach lekarskich.

Co do rejestracji kalek, dotychczas obowiązku rejestracji ich niema, a statystyka kalek ma duże znaczenie; co zaś do lecznictwa kalek, to zadaniem Sekcji byłoby skoordynowanie wysiłków władz w tym kierunku; poradnie mogłyby powstać przy ośrodkach zdrowia.

Utworzenie zakładu protez również miałoby doniosłe znaczenie.

Przewodniczący, reasumując wyniki dyskusji, zaznacza, że postawione przez referentów oraz wysunięte w dyskusji wnioski wymagają wzajemnego uzgodnienia i ścisłego ich sformułowania. Z tego powodu proponuje utworzenie trzech komisyj, a mianowicie: a) statystyczno-propagandowej, b) organizacji lecznictwa, c) programowo-naukowej dla ścisłego sformułowania postulatów w poszczególnych działach oraz opracowania sposobu ich praktycznego zrealizowania.

Wniosek ten został przyjęty i do Komisji powołano z prawem kooptacji:

1) do Komisji Statystyczno-propagandowej: Dr. Reklewski (przewodniczący), Dr. Kosiński, Dr. Zaremba, Dr. Zachert.

2) do Komisji organizacji lecznictwa: Doc. Dr. Wojciechowski (przewodniczący), Doc. Dr. Gruca, Doc. Dr. Raszeja (przedstawiciel Izby Ubezpieczeń Społecznych), Dr. Zachert.

3) do Komisji programowo-naukowej: Doc. Dr. Wojciechowski (przewodniczący), Prof. Dr. Lauber, Prof. Dr. Erbrich, Dr. Zaremba, Dr. Levittoux, Dr. Kalina, Doc. Dr. Raszeja, Dr. Zachert, z prawem kooptacji.

Na powyższem posiedzenie zakończono.

Sekretarz: *H. Rawicz-Szczerbo.*

**Towarzystwo Lekarskie Zagłębia Dąbrowskiego.**

Protokół Zebrania naukowego w dniu 21 lutego 1934.

1. Kol. Suchodolski, prezes Towarzystwa, zagaił posiedzenie, wyjaśniając sprawę nieobecności referenta zapowiedzianego, Dra Dąbrowskiego, który wygłosił swój odczyt w Katowicach i ma zamiar przyjechać i do nas po pewnym czasie. Kol. Prezes wita obecnych gości, a między nimi Kolegę Jarczyka z Katowic.

2. Kol. Perłowski wygłosił odczyt p. t.: *Powrót do dawnych metod leczenia.* (Autoreferat).

*W dyskusji* zabierali głos Kol.: Zahorski, Nasiłowski, Witkowski, Suchodolski, Wołkowicz i Kotarski.

Poruszano przytem dawniejsze sposoby leczenia ziołami, pijawkami, upustem krwi i t. d.

*Odpowiadał* Kol. Perłowski, który między innemi dowodził, że połowa operacyj spowodu zapalenia wyrostka robaczkowego jest wykonywana niepotrzebnie.

3. Kol. Welfe omawia *nowotwór żuchwy leczony Roentgenem.*

4. Kol. Bentkowski pokazuje *parę egzemplarzy nieprawidłowych łożysk.*

*W dyskusji,* dotyczącej ostatniego pokazu zabierali głos Kol.: Suchodolski, Kotarski i Witkowski.

Omawiano sposoby tworzenia się węzłów na pępowinie, powstawania łożysk nieprawidłowych i zmiany zwyrodnieniowe w pokazywanych łożyskach.

5. Kol. Bentkowski wygłasza referat p. t.: *Z kazuistyki zakażeń poporodowych.* (Autoreferat).

*W dyskusji* brali udział Kol.: Suchodolski, Ingster, Welfe, Witkowski, Kotarski, Benzef, Jarczyk i Wołkowicz.

Poruszano sprawę stosowania różnorodnych leków w zakażeniu połogowem, a mianowicie: propidonu, elektrargolu (Hayden), riwanolu, kauzytu, trypaflawiny, alkoholu, szczepionek ze zrobionych zapobiegawczo przed porodem hodowli z pochwy.

*Odpowiadał* Kol. Bentkowski, który stoi na stanowisku, że pewnych środków przeciwko zakażeniu niema, jednak po niektórych z wymienionych wyżej widział wyniki pomyślne.

Dalej Kol. Suchodolski przypomina z odczytu Dr. Dąbrowskiego najważniejsze w gruźlicy leczenie sanatoryjno-klimatyczne, które odgrywa zasadniczą rolę.

6. Kol. Welfe pokazuje: 1) *przypadek mięsaka żuchwy (fibrosarcoma)* u chłopca lat 13 oraz 2) *rentgenogram kiły serca.*

*W dyskusji:* Kol. Suchodolski zapytuje, czy fibrosarcoma szczęki zdarza się często i czy postać ta ma dobrą prognozę przy naświetlaniu promieniami Roentgena.

Kol. Welfe daje odpowiedź twierdzącą.

Na zakończenie Kol. Suchodolski odczytuje memorjał Izby Lekarskiej Krakowskiej w sprawie wytycznych do umów z lekarzami.

Prezes: *Dr. K. Suchodolski.*
Za Sekretarza: *Dr. M. Bieńkowski.*

**Koło Naukowe Związku Lek. P. P. w Drohobyczu.**

Protokół posiedzenia naukowego z dnia 20 lutego 1935 roku.

Przewodniczący: Kol. K. Czyżewski.

1. Przewodniczący *wygłasza wspomnienie pośmiertne* o ś. p. dyrektorze Szpitala drze Bronisławie Kozłowskim, członku honorowym Związku. Zebrani uczcili pamięć zmarłego przez powstanie.

2. Kol. Czyżewski przedstawia *stan obecny przelewania krwi,* linje wytyczne badań nad konserwacją krwi żywej, zasady techniki. Opisuje sposób pośredniego przelewania stosowany w szpitalu w Drohobyczu. Wskazania ilustruje 4 przypadkami, w których zastosował przelewanie krwi: a) ciężkie skrwawienie po poronieniu z zaburzeniami słuchu i wzroku, poprawa zupełna w kilku dniach; b) skrwawienie po postrzałowem przerwaniu tętnicy podobojczykowej, przebieg pomyślny; c) posocznica niewiadomego pochodzenia, bez wpływu; d) posocznica po skaleczeniu kolana pozostaje w leczeniu bez wyraźnego wpływu.

*W dyskusji:* Kol. Frommer radzi stosować przelewanie krwi w ciężkich oparzeniach.

Kol. Skulski oświadcza gotowość Ubezp. Społ. do ponoszenia kosztów przelewania u ubezpieczonych.

Kol. Mischel wzywa do zorganizowania stałych dawców na terenie zagłębia.

Posiedzenie naukowe z dnia 6 marca 1935 roku.

Przewodniczący: Kol. J. Wilder.

1. Kol. Czyżewski referuje obrady Międzynarodowego Zjazdu Tow. Przeciwgruźliczego z września ub. r. w Warszawie nad leczeniem gruźlicy kości i stawów: zachowawczo u dzieci; chirurgicznie u dorosłych, jako to: zabiegi usztywniające w gruźlicy kręgów, biodra, i barku, wycięcie stawu łokciowego i kolana. Omawia zasady nowoczesnego leczenia w klimacie miejscowym przy ustaleniu w aparacie gipsowym lub innym.

2. Kol. Roth omawia *leczenie gruźlicy kości i stawów naświetlaniem Roentgenem.* Podstawy teoretyczne nie są sprecyzowane, klinicznie natomiast osiągał prelegent dobre wyniki, stosując słabe dawki w kilku serjach. Przedstawia serje rentgenogramów leczonej tą metodą gruźlicy nadgarstka, kolana i stawu skokowego, wykazujące wybitną poprawę w ciągu kilkunastu miesięcy.

*W dyskusji:* Kol. Mischel omawia leczenie tuberkuliną.

Kol. Wilder leczenie kąpielami zwłaszcza jodowemi w Iwoniczu,

Kol. Czyżewski określa leczenie Roentgenem jako pomocnicze przy ścisłem stosowaniu poprzednio omówionych zasad ortopedycznych i chirurgicznych.

Posiedzenie naukowe z dnia 13 marca 1935 roku.

Przewodniczący: Kol. E. Skulski.

1. Kol. Hoffmann przedstawia chorego *z białkomoczem o typie ortostatycznym.* P. W., lat 19, pomocnik szewski, w czwartym roku życia przeszedł płonicę i zapalenie nerek, od 15 roku życia odczuwał bóle w krzyżach i leczył się z przerwami u wielu lekarzy. Obecnie bóle w krzyżach wzmogły się, zwłaszcza po dłuższem staniu i chodzeniu. Po jedzeniu odbijania czcze. Nie pije, chorób wenerycznych nie przechodził.

Stan przedmiotowy. Kościec: odstające łopatki i wybitne przodozgięcie (lordoza) dolnego odcinka piersiowego i odcinka lędźwiowego kręgosłupa. Płuca: wypuk nad szczytem prawym stłumiony, nad lewym krótszy; oddechy nad obu szczytami zaostrzone. Serce: bez zmian, tętno 86/min. miarowe, dobrze napięte. R. R. 125. Wassermann krwi: ujemny. Roentgen płuc, serca i przewodu pokarmowego: zagęszczenie obu szczytów płucnych, nieżyt żołądka, obniżenie żołądka i jelit. Azot pozabiałkowy: (27. II.) 56 mg %, (11. III.) 35 mg %.

Mocz przedpołudniowy pobrany o godz. 12, chory nie leżał: 20. II.: białko 0.25‰; 25. II.: białko 0.15‰, osad: 2—3 leukocytów; 1. III.: białko 0,2‰, osad: 0.

Mocz popołudniowy pobrany o godz. 19, chory nie leżał: 21. II.: białko: 0, osad: 2—5 leukocytów; 25. II.: białko: 0.25‰, osad: 0; 27. II.: białko 0, osad: 3—5 leukocytów; 8. III.: białko: 0.15‰, osad: pojedyncze wałeczki szkliste, 5—7 leukocytów.

Mocz po nocy pobrany natychmiast po obudzeniu: 20. II.: białko: 0, osad: 0; 25. II.: białko: 0, osad: 3—4 leukocytów; 1. III.: białko: 0, osad: 0; 9. III.: białko: 0, osad 3—5 leukocytów; następnie pobrany po staniu „na baczność" przez 5 min.: białko 0, osad 0; po staniu przez 20 min.: białko 0.15‰—0.25‰, osad 3—4 leukocyty.

Mocz pobrany przed udaniem się do łóżka: 4. III.: białko: 0.25⁰/₀₀, osad: 7—10 leukocytów; po 1 godz. leżeniu: białko: ślad, osad 0; po 2 godz. leżeniu: białko 0, osad: 0.

Mocz po 2-dniowej diecie ubogiej w sól: białko 0.25⁰/₀₀, mocz po 3-dniowej diecie mieszanej (zawierającej sól i mięso): białko 0.25⁰/₀₀.

Próba atropinowa (choremu zastrzyknięto rano po obudzeniu się 3/4 mg atropiny): po staniu „na baczność" przez 20 min. w moczu: białko: 0, osad: 1—2 leukocyty; o godz. 12 (po ruchach): białko: 0,2⁰/₀₀, osad: 2—3 leukocyty.

Próba z 10⁰/₀ kwasem octowym: dodatnia.

Próba wodna i koncentracyjna wykazuje nieuszkodzoną zdolność rozcieńczania i stężania moczu.

Prelegent rozpoznaje białkomocz ortostatyczny, gdyż mocz ranny pobrany po obudzeniu się nie zawiera nigdy białka, mocz zaś po staniu „na baczność" i wieczorny po całodziennym ruchu zawiera białko, po 2 godzinnem leżeniu białko znika; odsetek białka jest niezależny od diety. Pozostaje jednak kwestją otwartą, czy zapalenie nerek w 4 roku życia i schorzenie w 15 roku życia, o którem bliższych danych brak, nie pozostaje w związku przyczynowym z obecnie stwierdzonym białkomoczem.

*W dyskusji* przemawiali Kol.: Wilder, Tepper, Frommer, Acht, Mischel i Schwarz.

Sekretarz: *Dr. S. Mischel.*

## Towarzystwo Lekarskie Lwowskie.

Protokół I posiedzenia naukowego odbytego dnia 25 stycznia 1935.

Przewodniczy: Kol. W. Czernecki.

1. Kol. Prezes otwiera posiedzenie przemówieniem, w którem komunikuje Zebranym uchwały Zarządu z dnia 18 b. m. w sprawie utworzenia Sekcji medycyny publicznej, ustalenia wkładek dla nowoutworzonych członków T-wa, t. zw. stałych hospitantów (6 zł rocznie) i przypomina § 45 regulaminu T-wa w sprawie dostarczania autoreferatów przez prelegentów Sekretarzowi.

2. Kol. Rothfeld *demonstruje mózg chorego* przedstawionego na posiedzeniu dnia 7. XII. 1934 z rozpoznaniem *wągrzycy mózgu (cysticercus cerebri).* Sekcja potwierdziła to rozpoznanie. Na podstawie mózgu widać zmleczenie i zgrubienia opon miękkich, najwyraźniej w okolicy skrzyżowania nerwów wzrokowych, szypułek mózgowych, mostu Varola i rdzenia przedłużonego. W obrębie tych zmian widoczny jest cały szereg większych i mniejszych pęcherzyków, wypełnionych jasnym płynem; pęcherzyki te są albo jajowate, okrągłe lub wydłużone. Przez błony pęcherzyków przeświecają gdzieniegdzie białe punkciki (główki). W niektórych miejscach pęcherzyki te są skupione gęsto obok siebie. W innych miejscach kilka pecherzy zlało się razem. Cały szereg mniejszych pęcherzyków znajduje się na podstawie płatu czołowego i skroniowego. Zgrubiała i zmleczała opona wciska się w głąb brózd mózgowych; widoczne to jest bardzo dokładnie na przekroju poziomym mózgu, gdzie zmleczała i zgrubiała opona miękka wciska się wzdłuż powierzchni do wyspy Rejla. Na tym samym przekroju widoczne są rozszerzone komory boczne, w każdej z nich, w rogu tylnym usadowiony jest duży pęcherz zrośnięty z płatem naczyniowym, na którym prócz tego siedzi kilka drobnych pęcherzyków. Wewnątrz substancji mózgowej brak jest pęcherzyków. Naczynia krwionośne na podstawie mózgu twarde, ziejące. Opona miękka w okolicy dolnego odcinka rdzenia zgrubiała. Drobnowidowe badanie opon i kory mózgowej wykazuje, że w brózdach leżą resztki osłonek wągra, tu i ówdzie widać jeszcze resztki ciała. Sama pajęczynówka miejscami, zwłaszcza wokoło naczyń, silnie nacieczona; w naciekach stwierdza się komórki plazmatyczne w bardzo dużej ilości, komórki okrągłe oraz komórki kwasochłonne. W niektórych miejscach kory mózgowej stwierdza się rozległe krwotoki. Wspomniane zgrubienie w okolicy lędźwiowego odcinka rdzenia wykazuje również zgrubiałą osłonkę wągrową, wewnątrz której stwierdza się w grube fałdy ułożone ciało wągra. Na oponach rozległe nacieki z komórek plazmatycznych i kwasochłonnych.

*W dyskusji:* Kol. Musiał A. przedstawia rycinę wągra śródgałkowego z przypadku, który demonstrował na posiedzeniu tut. T-wa jeszcze w roku 1925. W przypadku tym prócz zmian w oku był cały szereg objawów ogniskowych oponowych, jak i ogniskowych w mózgu; sztywność karku, źrenice szerokie, niedowład mięśnia odwodzącego oka prawego, niedowład gałązki prawej nerwu twarzowego, słabsze unerwienie prawego łuku podniebiennego. Niedowład kończyny górnej i dolnej po stronie prawej, chód o charakterze móżdżkowym, na dnie oka tarcza zastoinowa. Płyn mózgowo-rdzeniowy o charakterze płynu spotykanego przy porażeniu postępującem.

3. Kol. Michałowski (gość) przedstawia z Kliniki Chir. U. J. K. *przypadek promienicy szczęki i szyi,* leczonej z dobrym wynikiem promieniami Rtg. i płynem Dakina. Naświetlano dwukrotnie po 300 r/0.5 Cu + 2 Al., oraz wstrzykiwano co drugi dzień przez przeciąg 3 tygodni płyn Dakina do przetok i w tkankę otaczającą. Po 4 tygodniach następne dwa naświetlania identyczne, jak poprzednie. Mają one znaczenie zapobiegawcze. Na uwzględnienie zasługuje dobry wynik kosmetyczny.

*W dyskusji:* Kol. Ostrowski T. zaznacza, że zdaniem jego przypadek ten nie jest jeszcze wyleczony klinicznie. Chora nadal otrzymuje naświetlania Rtg.

4. Kol. Ziembicki Witold wygłasza wykład p. t.: *Galerja zasłużonych* (Szkice biograficzne z dawnej i niedawnej przeszłości Lwowa). Wykład ten opracowany był w związku z rozpoczętym przez Polską Akademję Umiejętności drukiem „Polskiego słownika biograficznego", którego prelegent jest współpracownikiem i któremu też podał na wstępie szereg informacyj. Do osobistości, lub rodzin omówionych, należeli:

a) Alembekowie. Z rodziny tej patrycjuszowskiej, przybyłej do Lwowa w XVI wieku, a wygasłej w XVIII wieku, mają znaczenie dla medycyny czterej jej członkowie, a mianowicie: Jan, aptekarz, wybitny mieszczanin, zasłużony m. i. w czasie walki z cholerą w r. 1621; synowie jego Fryderyk, kanonik przemyski, który opisał zdrój leczniczy w Iwoniczu i Walerjan, lekarz: wreszcie Ludwik Walerjan, także lekarz;

b) Anczewski Marcin Nikanor, jeden z najznakomitszych przedstawicieli lwowskiego mieszczaństwa XVII wieku, lekarz i sekretarz czterech królów;

c) Babel de Fronsberg Franciszek, lekarz i rektor Uniwersytetu Lwowskiego w początkach XIX wieku;

d) Berres Józef, profesor anatomji w lwowskim Instytucie Medyko-Chirurgicznym, później w Wiedniu, poprzednik Hyrtla;

e) Beiser Mojżesz, znany lwowski lekarz-filantrop;

f) Berthleff Karol Teodor, popularny lekarz lwowski i dyrektor szpitala;

g) Bandrowski Julјusz, organizator zdrojownictwa krajowego;

h) Bącz Roman, chirurg lwowski, — wreszcie

i) Babiński Józef, którego życiorys objął prelegent swym wykładem z tego powodu, że był on członkiem honorowym Lwowskiego Towarzystwa Lekarskiego.

Wykład był ilustrowany licznemi przeźroczami, wśród których figurowały m. i. rzadkie portrety np. Berresa albo Babla, uzyskane ze zbiorów im. Pawlikowskich.

Sekretarz: *Juljan Papierkowski.*

## Towarzystwo Lekarskie Łódzkie.

Protokół posiedzenia klinicznego w Szpitalu im. małż. Poznańskich w dniu 9 września 1934 roku.

1. Kol. Eigerowa (z Oddziału Ginekologicznego Szpitala im. Poznańskich) przedstawiła *przypadek rzadkiej wady rozwojowej:* umiejscowienie jajników w okolicy pachwinowej przy jednoczesnym braku macicy i jajowodów. Prelegentka omówiła inne wady rozwojowe narządów rodnych i technikę powstawania takiego umiejscowienia jajników. (Praca ukaże się w druku).

2. Kol. Mazur A. omówił *sprawę występowania zakrzepów zatoki esowatej w ropnem zapaleniu ucha środkowego.* Przedstawił patogenezę i mechanizm powstawania zakrzepów, podkreślając swoiste znaczenie w klinice otologicznej momentu zakażenia. Szczegółowo omówił przebieg kliniczny demonstrowanego przypadku u 8-letniego chłopca, podkreślając najbardziej charakterystyczne cechy: dreszcze, duże wahania ciepłoty, pokasływanie (następstwo drobnych zatorów w naczyniach oskrzelowych), obraz morfologiczny krwi (leukocytoza, aneozynofilja, neutrofilja). Przypadek był leczony operacyjnie: otwarcie wyrostka sutkowego, obnażenie i nadcięcie zatoki esowatej, podwiązanie żyły szyjnej. W pooperacyjnem leczeniu kilkakrotnie małe transfuzje krwi.

W zakończeniu przedstawił statystykę tych powikłań na Oddziale Laryngologicznym Szpitala im. Poznańskich w ostatniem dziesięcioleciu.

3. Kol. Klozenberg mówił o *arachnitis spinalis:* określenie jednostki chorobowej, anatomja patologiczna, symptomatologja, klasyfikacja postaci klinicznych, przebieg, rozpoznanie różniczkowe, etjologja, leczenie zachowawcze i wskazania do operacji.

Przedstawił 2 operowane przypadki *arachnitis;* jeden po błonicy z umiejscowieniem w odcinku lędźwiowym o przebiegu nie-

zwykłym spowodu dużego nawarstwienia histerycznego, które wikłało obraz; drugi po zapaleniu opon mózgowych, umiejscowiony w D III z osobliwym obrazem rentgenologicznym trzeciego kręgu piersiowego *(haemangioma)*. Obydwa przypadki operowane z dobrym wynikiem.

Kol. Ajzner omówił szczegółowo leczenie chirurgiczne oraz przebieg operacyj w przedstawionych przypadkach.

4. Kol. Kryszek wskazał na niestosunek obrazu klinicznego i elektrokardjograficznego w przypadkach *schorzenia mięśnia sercowego z blokiem ramienia.*

Po przedstawieniu mechanizmu powstawania bloku ramienia i omówieniu cech krzywej elektrokardjograficznej bloku, prelegent przeciwstawił dawniejszemu ujmowaniu anatomo-patologicznego podłoża bloku ramienia — poglądy obecne.

Na podstawie 8 przypadków z Oddziału Wewnętrznego B Szpitala im. Poznańskich, obserwowanych w ciągu ostatniego półrocza, kol. Kryszek podaje symptomatologię kliniczną bloku ramienia i broni poglądu, że elektrokardjograficznemu blokowi odpowiadają różne i rozległe zmiany anatomiczne i w pozostałych odcinkach układu przewodzącego i w mięśniu sercowym. (Rzecz przeznaczona do druku).

5. Kol. Schweig: *Jednostronne zapalenie nerwu wzrokowego z hemianopsją.*

6. Kol. Szyfman: *Przyczynek do symptomatologji schorzeń pęcherzyka żółciowego i trzustki.*

Protokół posiedzenia w dniu 19 września 1934 roku.

1. Kol. Rozenówna i Kol. Kocen wygłosili referat pod tytułem: *Ostra białaczka a schorzenia pokrewne.* (Praca ukaże się w druku).

*W dyskusji:* Kol. Gliksman przytoczył spostrzegany przypadek gośćca stawowego, w którego przebiegu wystąpiły objawy białaczki. Obserwował również białaczkę po chorobie septycznej.

Kol. Wolfson zakwestjonował występowanie klasycznej agranulocytozy u dzieci.

Kol. Rozenówna odpowiedziała, że agranulocytoza klasyczna u dzieci prawie nie istnieje, opisano pojedyncze przypadki. U dzieci czyste formy patologiczne zdarzają się rzadko.

Protokół posiedzenia w dniu 26 września 1934 roku.

*Pokazy chorych.*

1. Kol. Reicher przedstawił chorą, u której spowodu *anemji stosowane były zastrzykiwania hemostylu.* Wystąpiła gorączka, obrzęk stawów i wysypka pokrzywkowato-rumieniowata; na podudziach zjawiły się wybroczyny krwawe. Jest to reakcja anafilaktyczna ustroju na surowicę końską (choroba posurowicza).

*W dyskusji:* Kol. Mogilnicki w praktyce dziecięcej spostrzegał objawy uczuleniowe po zastrzykiwaniach hemostylu.

Kol. Kon J. Nawet doustne stosowanie syropu hemostylu może u dzieci młodych wywołać uczulenie ustroju na surowicę końską.

Kol. Kryszek przytacza przypadek ciężkiej choroby posurowiczej z zejściem śmiertelnem po domięśniowych zastrzykiwaniach hemostylu. Domięśniowe stosowanie hemostylu należałoby zarzucić.

2. Kol. Kryszek przedstawia z Oddziału Wewnętrznego B Szpitala im. Poznańskich *przypadek kiły naczyń wieńcowych.*

Chora J. K., z powiększoną wątrobą i śledzioną, szybkiem opadaniem i limfocytozą we krwi uskarżała się jedynie na „brak tchu na powietrzu". Nie było żadnych wywiadów bólowych. EKG wykazał jednak, przy całkowicie wydolnym mięśniu sercowym, ST głęboko poniżej linji izoelektrycznej. Jeszcze przed otrzymaniem dodatniego wyniku Wassermanna we krwi wskazywał EKG na schorzenie naczyń wieńcowych; prelegent omawia wartość EKG w podobnych bezbólowych przypadkach.

Chora pomimo ostrożnego leczenia bizmutowego łącznie z małemi dawkami jodu dla uniknięcia herxheimerowskiego odczynu zmarła niespodzianie w 3 dni po wypisaniu ze Szpitala wśród objawów dusznicy bolesnej z ostrym obrzękiem płuc.

3. W. Nowiński (jako gość z Cambridge) wygłosił referat p. t.: *Czynne substancje w rozwoju zarodkowym.*

Opierając się na badaniach powstawania systemu nerwowego drogą indukcji sklepienia prajelita (organizatora) na przylegającą ektodermę w rozwoju embrjonalnym (stadjum gastruli), prelegent omówił wyniki badań prowadzonych wspólnie z J. Needhamem, C. H. Wandingtonem, D. M. Needhamową i R. Lembergiem w Zakładzie Biochemji Uniwersytetu w Cambridge. Badania te wykazały, że czynna substancja organizatora, determinująca ektodermę w system nerwowy, jest prawdopodobnie steryną, nieidentyczną jednakże z cholesteryną, ergosteryną lub estryną. Podobnie, jak ta czynna substancja, działają również niektóre substancje rakotwórcze, otrzymane syntetycznie przez Cooka w *Cancer Research Laboratory* przy *Cancer Hospital* w Londynie. Ten fakt analogicznego działania substancji, niezbędnej dla normalnego rozwoju embrjona oraz substancyj rakotwórczych nasuwa pewne godne uwagi refleksje na temat etjologji raka.

Prelegent przyjmuje w rozwoju zarodkowym cały szereg substancyj czynnych, które uda się sczasem oddzielić.

*W dyskusji* zabierali głos Kol.: Frenkiel, J. Kon, Kryszek i prelegent.

Sekretarz: *A. S. Tenenbaum.*

### Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

Protokół posiedzenia naukowego z dnia 2 października 1934 roku.

1. Kol. Prezes podaje do wiadomości tytuły prac, nadesłanych ostatnio do bibljoteki Towarzystwa.

2. Kol. Chodkowska: omówiła *przypadek uogólnionego nabłoniaka kosmówkowego* (streszczenie własne).

Omawia istotę nabłoniaka kosmówkowego, a następnie demonstruje przypadek własny. Kobieta lat 48, z klinicznem rozpoznaniem *angiocholecystitis acuta.* Ostre zapalenie osierdzia. Niedokrwistość wtórna. Na sekcji (Szp. Wolski, L. prot. 135/34) stwierdzono nabłoniaka kosmówkowego w wątrobie, płucach, śledzionie, jelitach, nerce, trzustce i gruczołach chłonnych. W macicy utkanie doczesnej.

*W dyskusji:* Kol. Ryłko M. czł. T-wa, uważa, że pokazany przyp. należy do rzadkości. Wogóle złośliwe przekształcenie się komórek łożyska nie jest sprawą częstą. Sunde znajdował 1 zaśniad groniasty na 3000 porodów, a 1 przypadek nabłoniaka kosmówkowego na 60 tysięcy porodów. W ciągu 40-letniej własnej pracy mówca widział dwa przypadki tego rodzaju nowotworów: jeden przypadek nabłoniaka uogólnionego, ze względu na obecność przerzutów w płucu, drugi natomiast ograniczający się wyłącznie do macicy. Następnie mówca zapytuje, czy w omówionym przypadku kol. Chodkowska nie znalazła torbieli luteinowych w jajniku. Pochodzenie tych torbieli jest niejasne. Wiadomo natomiast, że po usunięciu nabłoniaka lub po urodzeniu się zaśniadu, giną torbiele luteinowe. Niektórzy autorzy uważają je za pewien wyraz obrony ustroju: wydzielina ich ma wpływać wstrzymująco na rozwój nabłoniaka.

Kol. Higier H., członek T-wa, (streszczenie własne): Przebieg kliniczny opisanej choroby bywa czasem wielce niesamowity. Higier kreśli niezwykły własny przypadek w postaci ataku apoplektycznego u młodego mężczyzny, nie alkoholika, nie syfilityka, który w godzinę po obiedzie na krótki czas stracił przytomność, wymiotował kilkakrotnie i przy uczuciu bólu głowy i nadmiernej suchości w jamie ustno-nosowo-gardzielowej wykazał maksymalne rozszerzenie i arefleksję obu źrenic i oślepł zupełnie (zatrucie mięsem?). W kilka godzin później ustalił się obraz kliniczny: *hemianopsia homonyma sinistra* z halucynacjami w ślepem polu widzenia, porażenie prawego nerwu okoruchowego, kołatanie serca bez zmian we krwi, moczu, żołądku i na dnie oka.

Po odrzuceniu pierwotnego rozpoznania zatrucia kiełbasianego oraz późniejszej diagnozy przymiotu mózgu (przemijająca poprawa przy leczeniu swoistem), mocznicy i marskości nerek, zatrzymano się — *per exclusionem* — wobec wystąpienia wybitnych objawów uciskowych mózgu na rozpoznaniu: zator obu tętnic mózgowych tylnych i zatorowo powstały guz przerzutowy w okolicy potylicznej z nieustalonego punktu wyjścia pierwotnego nowotworu.

Autopsja potwierdza w zupełności rozpoznanie (guzy mnogie przerzutowo-zatorowe w obu płatach potylicznych). ale obok tego utajony guz w jądrze i liczne przerzuty krwotoczne w płucach i innych narządach wewnętrznych. Histologicznie stwierdziło się *chorionepithelioma seu deciduoma malignum* z komórkami wielokątnemi typu Langhansa, komórkami olbrzymiemi, komórkami syncycjonalnemi zespójni, z ogniskami krwotocznemi i martwiczemi. Kosmówczak jest nowotworem zabójczym, który nie mieści się w ramach zwykłego naszego podziału na guzy złośliwe i łagodne. On jest paradoksalny, jak żaden inny, gdyż pochodzi z jednego ustroju (płodowego), a niszczy drugi (matczyny).

Największe niebezpieczeństwo jego tkwi w tem, co jest czynnością fizjologiczną jego komórek, że ma zdolność otwierania naczyń, wnikania w naczynia. Jest więcej zabójczy przez krwawienia od najzłośliwszych guzów, a przecież nie jest złośliwy w ścisłem tego słowa znaczeniu. Pozostawia on nieraz iskrę nadziei samorodnego wyleczenia przez zjawienie się swoistych

niweczników w surowicy krwi. Pochodzenie jego jest nietylko kosmówkowe ale *katexochen* płodowe: u kobiet w związku z ciążą, poronieniem, porodem, resztkami łożyska, zaśniadem groniastym i t. d. Wyjątkowo widzi go się u kobiet bez ciąży i u dziewic. Jako rzadkość embrjologiczną spotyka się go u mężczyzn. Płońskier w doniesieniu do tego przypadku, studjując odnośne piśmiennictwo, stwierdził siedem przypadków czystych nabłoniaków kosmówkowych u mężczyzn. Nieco częściej znajdowano w potworniakach *(teratoblastoma)* rozsiane pojedyncze elementy kosmówki. Patogeneza jest dotąd nieustalona (hipoteza wazoembrjogeniczna, partogenetyczna i blastometryczna). *Deciduoma masculinum* należy wogóle do rzadkości, zarówno ze stanowiska rozwoju, jak przebiegu klinicznego.

Kol. Chodkowska S. *odpowiada* kol. Rytce, że w jednym jajniku znalazła torbiel pęcherzyka Graafa, w drugim zaś ciałka żółte. Co się tyczy występowania nabłoniaka kosmówkowego u mężczyzn. to przypadki takie znane są w piśmiennictwie. Nowotwór taki stanowi po większej części jedną ze składowych potworniaka. Znane są również pierwotne nabłoniaki kosmówkowe mózgu.

3. Kol. Słonimski, członek T-wa. wygłosił odczyt. p. t.: *„W stuletnią rocznicę urodzin Henryk Hoyera (senjora)"*. (Streszczenia nie nadesłał).

Po wygłoszonym odczycie na wezwanie prezesa obecni uczcili pamięć Zmarłego przez powstanie.

4. Kol. Bornsztajn M., członek T-wa, omówił *„Mechanizm powstawania zaburzeń psychicznych reaktywnych"* (streszczenie własne).

a) Wstrząs psychiczny lub przeżycie psychiczne o ujemnem zabarwieniu afektywnem stanowi przyczynę psychicznego zaburzenia reaktywnego czyli innemi słowy, wywołuje w człowieku reakcję psychogeniczną.

b) Reakcja psychogeniczna dotyczy całego organizmu ludzkiego zarówno ciała, jak i psychiki.

c) Cielesne zaburzenia polegają głównie na zaburzeniach w układzie nerwowym wegetatywnym (bladość, drżenie, zimny pot, zaburzenia w działaniu serca, kiszek i t. d.).

d) Zaburzenia psychiczne reaktywne bywają strukturalnie rozmaite, zależnie od konstrukcji biopsychologicznej osobnika i od siły wstrząsu, zaś treść zaburzenia psychicznego jest najczęściej w ścisłym związku z treścią przeżycia.

e) W powstawaniu zaburzeń psychicznych reaktywnych rolę główną, naczelną, odgrywają mechanizmy pozaświadomościowe z atrybutem swoistym celowości.

f) Celowość skierowana jest ku obronie organizmu biopsychicznego przed szkodliwościami, płynącemi z przeżycia patogenicznego.

g) Obrona może mieć charakter bierny lub czynny, produktywny.

h) Bierny mechanizm obronny powstaje wtedy, kiedy wstrząs psychiczny jest tak gwałtowny i tak nagły, że impulsy obrony aktywnej, produktywnej nie zdążą się zmobilizować. Podczas katastrof np. aktualizują się mechanizmy obronne, tkwiące w organizmie, mechanizmy biologiczne, odziedziczone, zmierzają jedynie po linji popędu samozachowawczego. Dlatego w tych reakcjach psychogenicznych, które nazwiemy pierwotnemi, prymitywnemi, różnice w konstytucji osobniczej nie odgrywają zrazu większej roli. Później dopiero, po pewnym czasie od chwili katastrofy, występują różnice w reakcji dalszej, zależnie od konstytucji osobnika (np. objawy nerwicy rentowej).

i) Biernego mechanizmu obronnego chwytają się również pewne konstytucje psychopatyczne, jeżeli chodzi tylko o cel, osiągany przez psychozę, bez względu na jej treść. Np. depresja, stan manjakalny, albo stan pomroczny histeryczny z całkowitą utratą świadomości i wywołaniem ruchowem. Jest to t. zw. przez niemieckich autorów *„Zweckpsychose"*.

j) Mechanizm obronny aktywny, produktywny manifestuje się w zaburzeniu psychicznem reaktywnem wtedy, kiedy w treści psychozy, związanej bezpośrednio z przeżyciem, realizuje się pragnienie nieziszczalne, które właśnie sroga rzeczywistość zdruzgotała. *(„Flucht in die Psychose")*. Bywa to w pewnej kategorji stanów pomrocznych histerycznych, w paranoidalno-halucynacyjnych epizodach więziennych, wreszcie w moich przypadkach schizotymji reaktywnej.

Tu produktywność obrony psychika osiąga przy pomocy mechanizmu rozszczepiennego.

k) Rozszczepienie psychiczne o charakterze histerycznym wskutek działania siły stłumienia rozgrywa się pod osłoną stanu pomrocznego, zaś w stanach schizoidalnych, gdzie siła tłumienia jest słabsza, rozszczepienie jest ujawnione, wyzbyte wszelkiej osłony.

l) Zasadniczem, kulminacyjnem zagadnieniem jest to, czem są. jakiego są pochodzenia owe mechanizmy, przy których pomocy osobnik psychopatyczny walczy z inwazją patogenicznego przeżycia. Czy może tworzą się przy udziale psychiki? Czy ta immanentna celowość reakcji psychicznej zawarta jest w samym organizmie, jako filogenetycznie odziedziczona, czy też powstaje w zależności od wartości specyficznej przeżycia *(„Erlebniswert")* i od konstytucji nabytej osobnika.

Odpowiedź na to pytanie jest niewymownie trudna. Wydaje nam się jednak na zasadzie naszych doświadczeń i rozmyślań, że reakcja psychogeniczna, od swej przyczyny zasadniczej, t. j. przeżycia psychicznego i od konstytucji osobnika, na którą to przeżycie pada, przedewszystkiem posiłkuje się dla swego wyrazu popędowo-efektywną, nieświadomą treścią osobnika, uzależnia swój kształt od tych skaz i załamań, które istnieją w konstytucji nabytej, związanej z przeżyciami dotychczasowemi (zwłaszcza w dzieciństwie) i stąd raz się ukazuje w szacie histerycznej, a kiedyindziej w schizoidalnej. Te mechanizmy psychologiczne, histeryczne, czy schizoidalne, mobilizują, kiedy tego potrzeba, mechanizmy niższego rzędu, preformowane u wszystkich bez wyjątku ludzi, niezależnie od ich konstytucyj psychicznych.

Wydaje mi się to bardziej proste, aniżeli t. zw. hipoteza identyczności Bleulera, hipoteza monistyczna, która głosi, że „funkcje biologiczne w ciele i w układzie nerwowym i psychika są wytworami zasadniczo jednakowych przebiegów przyczem specjalnie świadoma psyche, którą w sobie znajdujemy, jest tylko wewnętrznym aspektem kompleksu funkcyj mózgowych". Hipoteza ta stanowi, naszem zdaniem, nawrót do dawnej mitologji mózgowej. Ze studjów nad psychonerwicami i reakcjami psychogenicznemi wynika raczej i bardziej heurytyczna i również biopsychologiczna teorja o związku i wzajemnem oddziaływaniu na siebie psychiki i ciała poprzez popędy. I chociaż popędy leżą na pograniczu *soma* i *psyche*, nie identyfikują jednak tych dwu światów, które istnieją obok siebie, wpływając na siebie wzajem, uzależniając się wzajem od siebie, ale pozostaną zawsze czemś odrębnem.

*W dyskusji:* Kol. Pręgowski, członek T-wa, uważa, że odczyt opierał się na zasadach freudyzmu. Prelegent jest entuzjastą tego kierunku. Entuzjazm taki jest dobry, gdyż nie pozwala pominąć dodatnich stron teorji, ale mieści w sobie również niebezpieczeństwo nienaukowego traktowania sprawy. Postulatami wiedzy jest maksymum faktów — minimum teoryj, a we freudyzmie rzecz wygląda odwrotnie. W naukach przyrodniczych nie należy doszukiwać się celowości, skoro z przyczynowością nie możemy dać rady.

Teorja Frenda ma dobre strony, że dała małe wyniki w leczeniu i wprowadziła udaną terminologję jak np. „kompleks" czyli pewien stan afektywny.

Kol. Bornsztajn M., członek T-wa, twierdzi, że Kol. Pręgowski przemawiał nie na temat; kol. Pręgowski mówił o freudyzmie, prelegent zaś o mechanizmach reaktywnych, o podstawach biologicznych, wegetatywnych, wewnątrzwydzielniczych.

Celowość reakcyj psychogenicznych nie ma nic wspólnego z freudyzmem i uznawana jest w zasadzie przez psychjatrów.

Prezes: *Ludwik Paszkiewicz.*

Sekretarz Doroczny: *Aleksander Pruszczyński.*

### Towarzystwo Lekarskie Wileńskie.

Protokół XIII Posiedzenia Naukowego wspólnie z Wileńskiem Tow. Ginekologicznem z dnia 25 kwietnia 1934.

Przewodniczący: Prof. Dr. W. Jakowicki.

1. Kol. Doc. Mienicki przedstawia przypadek z Kliniki Dermatologicznej U. S. B. *pro diagnose*. Obserwacje nad chorym będą prowadzone przez Klinikę nadal.

2. Kol. Romanowski omawia *przypadek ciąży pozamacicznej przenoszonej.*

Chora lat 50, raz rodziła przed 14 laty siłami natury, roniła dwa razy, ostatnio przed 3 laty. Na początku ciąży bóle w brzuchu i lekkie krwawienie. Bóle się wznowiły w 8 miesiącu i trwały aż do rozwiązania. Zgłosiła się do prelegenta po przekroczeniu przypuszczalnego terminu porodu o miesiąc w stanie silnego wyniszczenia, przy ciepłocie i tętnie normalnem; ruchów płodu brak od 2 miesięcy.

Prowokacja porodu nie osiągnęła skutku; przy próbach przerwania pęcherza płodowego i pociągania kulociągiem za szyjkę macicy chora zemdlała: przyspieszenie tętna, ciepłota do 38°. Laparotomja: w jamie brzusznej zielony płyn wód płodowych oraz rozdęty pęcherz płodowy w postaci dużego worka, zawierają-

cego zmacerowany płód. Sieć, jelita i otrzewna w zrostach, z nalotami, miały wygląd prawie znekrotyzowany.

Usunięcie worka płodowego i macicy, zeszycie uszkodzonych jelit, seton przez pochwę. 21 dnia po operacji chora zmarła spowodu znacznego krwotoku przez pochwę z jamy brzusznej.

Prelegent zwraca uwagę na rzadkość przypadków przenoszonej ciąży trąbkowej i trudności rozpoznania w późniejszych okresach. Szczegółowa anamneza, silne bóle w brzuchu podczas ciąży, niekiedy krwawienie, bardzo bolesne ruchy płodu, wyczerpanie ogólne należą do stałych cech rozpoznawczych.

*W dyskusji* nad tym przypadkiem zabierali głos Kol. Sedlis i kol. prof. Jakowicki.

3. Kol. Puchowski przedstawia *przypadek zatoru powietrznego po cięciu cesarskiem*, sekcjonowany w prosektorjum Szpitala św. Jakóba.

Wieloródka, lat 34. Pierwsza ciąża pozamaciczna, drugi poród kleszczowy.

Wobec ogólnego zwężenia miednicy rozwiązano obecną ciążę zapomocą cięcia cesarskiego. Operacja sposobem klasycznym. Zrosty między otrzewną maciczną a ścienną. Brak lewej trąbki. W czasie narkozy pacjentka dusi się i wymiotuje. Po operacji budzi się niezupełnie. Niepokój, wymioty; 4 godz. po operacji wybitna bladość powłok, tętno szybkie, nitkowate, oddech chrapliwy, drgawki i śmierć.

Autopsja po upływie 48 godzin. Zwłoki przebywały w chłodnej trupiarni. Temperatura powietrza niska (połowa marca). Zmian gnilnych na zwłokach brak. Sekcja sposobem Richter'a *lege artis*. Z prawej komory pod wodą wydzielają się liczne i duże bańki gazu. Przy ucisku na serce krwista piana. W lewej komorze gazu brak. Komory sercowe lekko rozszerzone. Mięsień sercowy ćmy, kruchy. Zrosty przymaciczne lewostronne. Obrzęk płuc.

Zejścia śmiertelne wskutek zatoru powietrznego po cięciu cesarskiem zdarzają się rzadko. Mechanizm powstania zatoru w danym przypadku można tłumaczyć w sposób następujący: pociąganie macicy spowodowało napinanie się zrostów i więzadeł macicznych, a jako skutek mechaniczne rozszerzenie światła naczyń żylnych i wtargnięcie powietrza wskutek wytworzonego ujemnego ciśnienia.

Późne zejście śmiertelne można wytłumaczyć tem, że chwilowo nastąpiło zmagazynowanie powietrza w żyłach miednicy. Z chwilą wystąpienia wymiotów nastąpiło z jednej strony wsysanie powietrza (głębokie oddechy), z drugiej strony wtłaczanie (działanie tłoczni brzusznej) do lewej komory.

*W dyskusji:* Kol. prof. Siengalewicz omawia krótko metodę wykrycia powietrza w komorze sercowej przy sekcji i odróżnienia jego od gazów gnilnych.

4. Kol. H. Długi: *Przypadek ciąży śródmiąższowej*, operowany spowodu rozpoznania ciąży pozamacicznej.

Na stole operacyjnym zaszło podejrzenie, że jest to nabłoniak kosmówkowy i usunięto macicę całkowicie.

Badanie anatomiczne i histologiczne wykazało ciążę śródmiąższową. Częstość występowania tego rodzaju ciąży wynosi 1% wszystkich ciąży pozamacicznych. W piśmiennictwie polskiem opisane są 4 przypadki. W Klinice Położn.-Ginekolog. U. S. B. jest to pierwszy przypadek na 103 ciąże pozamaciczne.

5. Kol. Doc. W. Zaleski przedstawia *preparat macicy usuniętej spowodu adenomyosis uteri interna* u 50-letniej wieloródki. Rozpoznanie właściwe zostało ustalone badaniem drobnowidowem, dokonanem po usunięciu macicy. Również można było myśleć przed zabiegiem operacyjnym o istnieniu raka trzonu macicy.

6. Kol. E. Sedlis: *Przypadek endometriosis pęcherza moczowego.*

44-letnia chora była operowana spowodu obniżenia narządu rodnego, mimowolnego oddawania moczu oraz włókniaków podśluzowych i podsurowiczych.

Drogą pochwową wykonano resekcję tylnej ściany macicy, zawierającej włókniaki, usunięcie całej błony śluzowej macicy, przemieszczenie macicy sposobem Schauta oraz plastykę krocza. W wyniku operacji rana na tylnej ścianie macicy przylegała bezpośrednio do pęcherza. W ciągu pierwszego roku chora miesiączkowała (mimo usunięcia śluzówki) co 2—3 miesiące. Po upływie tego czasu zaczęły występować bóle napadowe w pęcherzu oraz krwiomocz wyłącznie w okresie miesiączkowym.

Cystoskopowo można było każdorazowo stwierdzić wzniesienie okolicy prawego moczowodu, obrzęk w postaci *oedema bullosum* oraz wypuklenie o niebieskiem zabarwieniu. W okresie między-miesiączkowym brak bólów i krwi w moczu, cystoskopowo — brak charakterystycznych wypukleń i obrzęków.

Na podstawie danych anatomicznych i charakterystycznych zmian w obrazie klinicznym i cystoskopowym w okresach miesiączkowych i międzymiesiączkowych rozpoznano *adenomyosis* pęcherza. Leczenie zupełnie potwierdziło rozpoznanie. Po zastosowaniu promieni Roentgena chora od roku czuje się zupełnie dobrze: bólów i krwi brak. Co się tyczy genezy tego schorzenia, to prawie we wszystkich ogłoszonych w literaturze światowej 27 przypadkach wykonane były poprzednio operacje ginekologiczne związane z otwarciem światła macicy lub jajowodów.

Badanie drobnowidowe w niektórych przypadkach stwierdziło przenikanie elementów błony śluzowej macicy poprzez blizny pooperacyjne oraz wszystkie warstwy pęcherza do śluzówki. Podobne obrazy drobnowidowe znaleźli również Otto i Haselhorst w przypadkach *endometriosis* blizn pooperacyjnych na powłokach brzusznych.

*W dyskusji:* Kol. Doc. Zaleski podkreśla, że zarówno w przypadku prelegenta jak i w innych, ogłoszonych przypadkach *adenomyosis* pęcherza moczowego rozwijała się przeważnie po zabiegach operacyjnych na tylnej ścianie, nigdy natomiast na przedniej ścianie pęcherza. Świadczy to o ścisłej łączności tego procesu chorobowego w pęcherzu z takimże procesem, rozwijającym się w przylegających do pęcherza ściankach szyjki macicy. W ten sposób *adenomyosis* pęcherza moczowego należy uważać za jedno z nieprzewidzianych i późno występujących powikłań.

7. Kol. Doc. Abramowicz i kol. doc. Zaleski wygłosili referat p. t.: *„Odmiana odczynu Zondeka-Aschheima na króliczkach"*. (Rzecz przeznaczona do druku).

Odmiana wprowadzona przez prelegentów polega na uprzedniem wszczepieniu *(autotransplantatio)* jajnika do przedniej komory oka młodym króliczkom wagi 1500—2300 g.

Zachowanie się wszczepionego jajnika kontrolowano co 1—3 dni lupą Gullstrand'a. Wszczepień takich dokonano 13 (u 5 zwierząt obustronnie i u 3 — jednostronnie).

Następnie w różnych okresach czasu od 2 tyg. do 4 mies. od chwili dokonania zabiegu zwierzęta te zostały użyte do celów rozpoznawania istnienia ciąży w ustroju.

Mianowicie wprowadzano do żyły ucha króliczce około 10—11 g moczu kobiety podejrzanej na istnienie normalnej lub patologicznej (pozamacicznej) ciąży. Po upływie 24—36 godzin badanie lupą Gullstrand'a wykazało wzmożone wytwarzanie się pęcherzyków Graafa w wszczepionym jajniku, następnie wytwarzanie się ciałek żółtych oraz wylewy krwawe do tkanki jajnikowej. Objawy te występowały jednak nieco słabiej i cokolwiek atypowo niż u zwierząt normalnych, co tłumaczyć należy pewnem upośledzeniem w odżywianiu wszczepionego jajnika.

Atypowość ta stopniowo zmniejszała się w miarę zabezpieczenia corazto lepszego odżywiania wszczepionego do oka jajnika.

Prelegenci nadal kontynuują swoje doświadczenia i zachęcają do kontroli i wypróbowania, uważając, że metoda ta ma przyszłość przed sobą, dając możność ścisłej kontroli naukowej zmian zachodzących w jajniku zarówno przed jak i po wprowadzeniu moczu do żyły ucha. Pozwala ona również na powtórne (po upływie 1—2 dni) wprowadzanie moczu w przypadkach wątpliwych; daje również możność wielokrotnego dokonywania próby Zondeka-Aschheima na tem samem zwierzęciu, którą powtarzać można co 25—30 dni bez potrzeby zabijania zwierząt.

8. Kol. Doc. Bagiński: *Z badań nad mineralnemi składnikami jajników.*

Sekretarz Wil. T-wa Ginekolog.: *Dr. M. Bloch.*
Sekretarz Wil. Tow. Lek. *Dr. J. Ryll-Nardzewska.*

---

## WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

*Odznaczenia i wiadomości osobiste.*

Dr. Witołd Ziembicki, docent historji medycyny na U. J. K. we Lwowie, członek Komisji Historji medycyny i nauk przyrodniczych Polskiej Akademji Umiejętności, został wybrany członkiem Zarządu Polskiego Towarzystwa Historycznego.

*Ruch w Towarzystwach Lekarskich i Zjazdy.*

Zarząd Główny Polsk. Tow. Pedj. przypomina, iż V Zjazd Pedjatrów Polskich odbędzie się 1 i 2 listopada 1935 roku w Łodzi (jednocześnie ze Zjazdem Mikrobiologów) z następującym programem: A. Tematy główne: 1) zapalenie mózgu (wspólnie z mikrobiologami). a) Etjologja zapalenia mózgowia — Prof. Z. Szymanowski. b) Anatomja patologiczna zapalenia mózgu — Dr. A. Opalski. c) Klinika zapalenia mózgu u dzieci — Doc. Dr. W. Sterling. 2) Gościec stawowy i schorzenia pokrewne u dzieci. a) Etjologja, patogeneza i klinika gośćca stawowego — Doc. R. Stankiewicz. b) Anatomja patologiczna gośćca — Dr. K. Ściesiński. 3) Przemiana wodno-mineralna

a zaburzenia odżywiania u niemowląt — Dr. H. Kaulbersz-Marynowska i Dr. E. Gerlée. 4) Wychowanie fizyczne a wychowanie wewnętrzne — Prof. Dr. F. Gröer. B. Referaty na tematy dowolne (pożądany związek z referatami główneni). Zgłoszenia referatów należy kierować do 1 lipca r. b. pod adr. sekretarza Zarz. Główn. Tow. Pedj. Dr. H. Frenklowej, Łódź, Al. Kościuszki 36. Do zgłoszonych referatów należy dołączyć krótkie streszczenia, które zostaną wydrukowane przed Zjazdem. Zgodnie z regulaminem referaty muszą być oparte na własnym materjale i nie mogą być przed Zjazdem wygłoszone ani drukowane. Czas trwania referatu głównego wynosi 30 minut, referatu na temat dowolny 10 minut.

III Międzynarodowy Kongres Otorynolaryngologów odbędzie się w Berlinie w sierpniu 1936 roku pod przewodnictwem prof. von Eicken.

Posiedzenie naukowe Tow. Lek. Warszawskiego odbyło się dnia 30 kwietnia 1935 r. 1. Wagner K.: Czerwonka pełzakowa i jej leczenie na podstawie spostrzeżeń w Egipcie. — 2. Węgierko J. R.: Wpływ niedocukrzenia krwi na przebieg astmy oskrzelowej. (Doniesienie tymczasowe). 3. Ławrynowicz A.: Dur brzuszny w Warszawie (w 1929—1933), zarys epidemjologiczny.

Tow. Naukowo-Lekarskie szpitali paryskich (Szpital Tenon, 4, rue de la Chine) urządza kurs z zakresu zaburzeń miarowości serca pod kierownictwem prof. Camille Lian. Kurs ten połączony ze zwiedzeniem miejscowości zdrojowiskowych (Bourbon-Lancy, Vichy, Royat, St. Nectaire) odbędzie się od 27 maja do 6 czerwca 1935 r. Kurs obejmie stronę teoretyczną i praktyczną narządu krążenia i będzie wypełniony licznemi wykładami, pokazami i ćwiczeniami. Dnia 7 czerwca wyjazd do wspomnianych miejscowości, a 10 czerwca powrót do Paryża. Opłata wynosi: 250 fr za kurs i 150 fr za podróż do wymienionych zdrojowisk. Zgłoszenia przyjmuje Wydział Lekarski i Dr. Blondel, Hôpital Tenon (adres j. w.). Następny kurs z kardjologji odbędzie się w listopadzie b. r.

*Różne.*

Z kraju.

Ministerstwo Opieki Społecznej poleciło przeprowadzanie dezynfekcji odzieży, pochodzącej z darowizn i zbiórek dla powodzian. Ma to na celu zabezpieczenie ludności terenów powodziowych od zawleczenia chorób zakaźnych.

Zarząd Główny Polskiego Czerwonego Krzyża podaje do wiadomości, że ostatnio zostały ogłoszone drukiem zasady organizacji i program pracy P. C. K. w zakresie higjeny społecznej. W programie pracy na r. 1935 podkreślono konieczność poprawy stosunków zdrowotnych wśród szerszych warstw ludności zwłaszcza na wsi. W tym celu należy tworzyć Ośrodki Zdrowia lub przynajmniej Stacje Opieki nad Matką i Dzieckiem, a współpracować winny przy tem wszystkie organizacje społeczne i przedewszystkiem samorządy. Ośrodki i Stacje będą zawsze wspierane nietylko pomocą moralną, ale także materjalną ze strony P. C. K.

Z referatu dr. W. Reklewskiego, wygłoszonego na posiedzeniu sekcji opieki lekarskiej nad kalekami przy Państw. Naczelnej Radzie Zdrowia, wynika, że w Niemczech istnieje ponad 80 zakładów leczniczo-wychowawczych dla kalek ułomnych; Austrja posiada 10 takich zakładów i 2 katedry ortopedyczne, a u nas na 33 milj. ludności niema ani jednej katedry ortopedji i ani jednego zakładu leczniczo-wychowawczego. Za dr. W. Reklewskim powtórzymy, że statystyka prof. Biesialskiego, jakoteż prof. Langego wykazała, iż 80% kalek ułomnych można całkowicie uleczyć, 13% uzdolnić przez leczenie do zarobkowania, a tylko 7% potrzebuje do końca życia stałej opieki zakładowej.

Niemcy.

W Hamburgu ma być ustanowiony nowy doktorat a to sportu i wychowania fizycznego.

Związek dla urządzenia wystawy „Niemieckie lecznictwo ludowe" donosi, że w Norymberdze odbędzie się od 12—26 maja b. r. wystawa „Niemieckiego lecznictwa ludowego". Będzie to wielkie święto medycyny ludowej. Dnia 25 i 26 maja odbędą posiedzenia mniejsze i większe stowarzyszenia. W czasie uroczystości przemawiać będą: J. Streicher, kierownik okręgowy, prezes lekarzy państwa niem. dr. Wagner i inne osobistości nowych Niemiec. Dnia 26 maja przewidziana jest uroczystość ludowo-lecznicza, jak wspólna kąpiel powietrzna i słoneczna, przedstawienie o kąpielach iłowych, piaskowych, o leczniczych zastosowaniach wody, ćwiczenia leczniczo-gimnastyczne i t. d. Uroczystości te mają, wedle Niemców, poza znaczeniem leczniczem i znaczenie polityczne; ludność dbać będzie o większą higienę i obronę przed wszelkiemi szkodliwościami (!).

Ameryka.

Prof. Urey otrzymał nagrodę Nobla za odkrycie i prace nad „ciężką wodą".

*Komunikaty.*

VII Międzynarodowy Kongres Medycyny Pracy. W dniach 22—26 lipca 1935 r. odbędzie się w Brukseli VII Międzynarodowy Kongres Medycyny Pracy. Obrady Kongresu będą się odbywały w 3 sekcjach. Sekcja A: wypadki przy pracy. 1. Późne następstwa urazów czaszki: (Etjologja i symptomatologja; anatomja patologiczna; diagnostyka i prognoza; leczenie). 2. Urazy ręki i palców. (Wczesne leczenie urazów ręki i palców; powikłania zakaźne; urazy dobrowolne; leczenie operacyjne urazów ręki i palców; zmiany troficzne i bólowe; orzecznictwo ran rąk i palców). Sekcja B: choroby zawodowe. 1. Walka z pyłem przemysłowym. (Metody badania mikroskopowego pyłu, mierzenie i liczenie; wartość porównawcza poszczególnych metod walki z pyłem w powietrzu; jakie są kryterja selekcji robotników narażonych na niebezpieczeństwo pyłu; jakie są pierwsze objawy wskazujące na konieczność usunięcia z pracy niebezpiecznej). 2. Działanie chorobotwórcze gazów kopalnianych. Czy długotrwałe oddychanie gazami kopalnianemi w minimalnych stężeniach powoduje zmiany chorobowe? (Jaki jest skład gazów kopalnianych; ich działanie fizjologiczne i chorobotwórcze). Sekcja C: mieszana. 1. Objektywne znamiona bólu. (Psychologia bólu; chorobowe zmiany odczuwania bólu; objektywne rozpoznawanie bólu w urazach). 2. Porażenie elektryczne. (Uszkodzenia prądem elektrycznym; higjena elektryczności; anatomja patologiczna; rany elektryczne). Prace Kongresu będą składały się: 1) z referatów nad zagadnieniami ustalonemi w powyższym programie obrad; 2) z dyskusji nad referatami; 3) z doniesień naukowych z zakresu tematów porządku dziennego lub oddzielnych doniesień z zakresu patologji i fizjologji pracy.

Zgłoszenia doniesień i do dyskusji należy nadsyłać najpóźniej do 22 czerwca 1935 r. do Sekretarjatu Generalnego Kongresu. Objętość ich nie powinna przekraczać 4 stron maszynopisu, czas wygłoszenia ograniczony jest do 10 minut. Językami oficjalnemi Kongresu są: język angielski, francuski, niemiecki i włoski. W Kongresie Medycyny Pracy mogą brać udział lekarze, jako uczestnicy rzeczywiści, nie-lekarze jako uczestnicy-obserwatorzy oraz osoby z rodziny, towarzyszące uczestnikom, jako goście. Zgłoszenia uczestnictwa należy nadsyłać do Sekretarjatu Kongresu najpóźniej do 6 lipca b. r. Koszty udziału wynoszą 100 fr. belg. dla uczestników rzeczywistych, 75 fr. belg. dla uczestników-obserwatorów i 50 fr. belg. dla członków rodzin uczestników. Karta uczestnictwa będzie upoważniała do uzyskania zniżek kolejowych na kolejach belgijskich w wysokości 35%, na kolejach polskich w wysokości 33% w drodze powrotnej. Szczegółowy program obrad Kongresu i organizacji zjazdu przesyła na życzenie Polski Komitet Medycyny Pracy, Warszawa, Chocimska 24, Państwowa Szkoła Higjeny. Adres Sekretarjatu Generalnego Kongresu: Dr. Léo Dejardin, 23, rue du Commerce, Bruxelles.

*Redakcja otrzymała:*

*V Ogólnopolski Zjazd Przeciwgruźliczy.* Pamiętnik. Wyd. Polski Związek Przeciwgruźliczy. Warszawa 1934. pod redakcją Dr. *M. Skokowskiej-Rudolfowej.*



*Adres Redakcji i Administracji: Lwów, ul. Rutowskiego 9.*